



Assemblée générale

Distr. générale
2 février 2022
Français
Original : anglais

Conseil des droits de l'homme

Quarante-neuvième session

28 février-1^{er} avril 2022

Points 2 et 3 de l'ordre du jour

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

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

Résumé de l'issue de la consultation sur les moyens d'harmoniser les lois, politiques et pratiques relatives à la santé mentale avec les normes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et sur la manière de les appliquer

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

Résumé

Le présent rapport, soumis en application de la résolution [43/13](#) du Conseil des droits de l'homme, contient un résumé des débats qui ont eu lieu lors de la consultation du 15 novembre 2021 sur les meilleurs moyens d'harmoniser les lois, politiques et pratiques nationales relatives à la santé mentale avec les normes énoncées dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Cette consultation avait pour objet : a) de partager et d'examiner des expériences prometteuses de réforme de lois, politiques et pratiques, menées dans le domaine de la santé mentale selon une approche fondée sur les droits de l'homme ; b) de mettre en lumière les principaux aspects d'une réforme juridique basée sur la Convention. Des recommandations ont été formulées à l'intention des États et de toutes les autres parties prenantes, y compris les professionnels de la santé, afin qu'ils élaborent et mettent en œuvre, dans tous les secteurs liés à la santé mentale, des réformes juridiques et politiques ainsi que d'autres mesures selon une approche fondée sur les droits de l'homme et dans le respect de la Convention.

* Il a été convenu que le présent rapport serait publié après la date normale de publication en raison de circonstances indépendantes de la volonté du soumetteur.



I. Introduction

1. Dans sa résolution 43/13, le Conseil des droits de l'homme a prié la Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme d'organiser une consultation au cours de laquelle seraient examinés les meilleurs moyens d'harmoniser les lois, politiques et pratiques nationales relatives à la santé mentale avec les normes énoncées dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Cette consultation s'est tenue le 15 novembre 2021. Dans la même résolution, le Conseil a demandé à la Haute-Commissaire d'établir un rapport sur l'issue de la consultation et de le lui présenter à sa quarante-neuvième session. Le présent rapport fait suite à cette demande.

2. Tovar Da Silva Nunes et Rui Macieira, respectivement Représentants permanents du Brésil et du Portugal auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève, ont présidé la consultation. Celle-ci s'est tenue dans le cadre de deux tables rondes. La première avait pour objectif de partager et d'examiner des informations sur des expériences prometteuses en matière d'adoption, d'application, d'actualisation, de renforcement et de suivi de lois, politiques et pratiques dans le domaine de la santé mentale, reposant sur une approche fondée sur les droits de l'homme. La seconde visait à mettre en évidence les éléments clefs d'une réforme juridique basée sur la Convention.

3. Les intervenants étaient les suivants : Yuri Cutipé, Directeur de la santé mentale, Ministère péruvien de la santé ; Sera Davidow, Directrice de la Wildflower Alliance (anciennement appelée Western Massachusetts Recovery Learning Community) ; Michelle Funk, responsable de l'unité chargée des politiques, du droit et des droits de l'homme du Département Santé mentale et usage de substances psychoactives, Organisation mondiale de la Santé (OMS) ; Elizabeth Kamundia, Directrice adjointe et référente handicap de la Commission nationale des droits de l'homme du Kenya ; Tlaleng Mofokeng, Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible ; Michael Njenga, conseiller régional (Afrique) en matière de santé mentale, CBM Global Disability Inclusion ; Gerard Quinn, Rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées ; Penelope Weller, professeure à l'université RMIT de Melbourne (Australie). Les intervenants ci-après ont transmis des déclarations vidéo préenregistrées : Kashef Ijaz, vice-président des programmes de santé du Centre Carter ; Rosemary Kayess, Présidente du Comité des droits des personnes handicapées ; Nils Melzer, Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

4. Toutes les autres parties prenantes, à savoir les États Membres, les institutions nationales des droits de l'homme et les acteurs de la société civile, notamment les organisations de personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial, ont été invitées et encouragées à participer. Les observations écrites reçues par le Secrétariat sont examinées dans le présent rapport.

II. Résumé de la consultation

A. Séance d'ouverture de haut niveau

5. Dans ses observations liminaires, la Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, Michelle Bachelet, a souligné qu'il était grand temps de faire de la santé mentale une priorité mondiale. Elle a déclaré que la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) avait eu des effets disproportionnés sur la santé et le bien-être des personnes ayant des problèmes de santé mentale et un handicap psychosocial et d'autres groupes en situation de vulnérabilité. La pandémie avait aggravé les disparités d'accès aux services de santé, y compris de santé mentale, ainsi qu'aux services de soutien psychosocial, et révélé que de nombreuses personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial n'avaient pas accès à des services d'aide axés sur le rétablissement ou, lorsqu'ils avaient affaire à ces services, se trouvaient pris dans un cercle vicieux de violence.

6. M^{me} Bachelet a souligné qu'il était urgent que la communauté internationale applique la Convention, cadre juridique international garant de systèmes de santé mentale respectueux de la dignité et des droits de leurs usagers et des professionnels concernés. Les pays devaient abandonner le placement en institution au profit de l'inclusion et du droit à l'autonomie de vie au sein de la société. La Haute-Commissaire s'est félicitée que les membres de l'Assemblée mondiale de la Santé tenue en mai 2021 aient reconnu collectivement qu'il importait de renforcer l'accès à des services de santé mentale de qualité fondés sur les droits. Elle a salué l'initiative QualityRights de l'OMS et appelé à investir davantage dans des services d'aide de proximité adaptés aux besoins des personnes et respectueux de leurs droits, ainsi que dans les déterminants sociaux de la santé. Ces investissements pouvaient renforcer et restaurer la dignité des personnes et concourir à l'avènement de sociétés plus tolérantes, plus pacifiques et plus justes.

7. La Directrice générale adjointe de l'OMS, Zsuzsanna Jakab, a déclaré que, si l'attention accordée par les pouvoirs publics aux points évoqués précédemment s'était accrue ces vingt dernières années, les cadres juridiques, les politiques et les services existant dans la plupart des pays étaient dépassés et ne respectaient pas les normes relatives aux droits de l'homme. La pandémie de COVID-19 avait accentué le caractère inadapté, fragmenté et désuet des systèmes de santé mentale partout dans le monde et mis en évidence les effets délétères du placement en établissement psychiatrique, le manque de réseaux soudés dans les sociétés et le nombre insuffisant de services de santé mentale de proximité tenant compte de la personne dans sa globalité. L'intervenante a insisté sur les réformes auxquelles invitait la Convention, tout comme le Programme de développement durable à l'horizon 2030, qui axait résolument la promotion de la santé mentale et du bien-être sur les droits de l'homme, et la Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle¹.

8. M^{me} Jakab a souligné que les États réunis à l'Assemblée mondiale de la Santé avaient jugé qu'il était important de renforcer l'accès à des services de qualité fondés sur les droits, et avaient présenté un éventail élargi d'options en vue de l'exécution du Plan d'action global pour la santé mentale élaboré par l'OMS. Elle a évoqué les orientations générales sur la mise en place et le développement de services de santé mentale fondés sur les droits, publiées par l'OMS en juin 2021 dans le cadre de l'initiative QualityRights. Elle a annoncé que l'OMS et le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) rédigeaient de nouvelles lignes directrices sur les droits de l'homme, la législation et la santé mentale, afin de faciliter les réformes.

9. Stéphanie Wooley, membre adjointe du conseil d'administration du Réseau européen des (ex)usagers et survivants de la psychiatrie, a fait part de ses préoccupations concernant le projet de protocole additionnel à la Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine (Convention d'Oviedo). Élaboré par le Comité de bioéthique du Conseil de l'Europe, ce projet de protocole additionnel relatif à la protection de la dignité et des droits fondamentaux des personnes atteintes de troubles mentaux à l'égard du placement et du traitement involontaires légitimerait le traitement sans consentement des personnes ayant un handicap psychosocial, en violation de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. L'intervenante a appelé l'attention sur l'existence, dans certains pays européens, de lois et de pratiques discriminatoires à l'égard des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial et attentatoires à leurs droits, qui s'étaient multipliées pendant la pandémie. Elle a donné des exemples de pays et de régions qui s'employaient à garantir le respect des droits de l'homme dans le domaine de la santé mentale, notamment en reconnaissant la capacité juridique, la prise de décisions accompagnée et le droit de vote des personnes concernées. Ces pratiques prometteuses, qui supposaient une participation réelle et systématique des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial, s'inscrivant ainsi dans une approche ascendante, étaient nettement moins onéreuses et bien plus fructueuses que l'hospitalisation forcée. Évoquant les difficultés inhérentes à la reproduction de telles pratiques, l'intervenante a fait observer qu'il fallait doter les mécanismes de surveillance et les médiateurs de ressources accrues et d'une autorité

¹ Résolution 74/2 de l'Assemblée générale.

renforcée, notamment en les habilitant à contrôler tous les placements en régime fermé et les établissements fermés.

10. Dans une déclaration vidéo préenregistrée, le Ministre brésilien de la santé, Marcelo Queiroga, a réaffirmé l'attachement de son pays au droit à la santé, rappelant que le Brésil s'était porté auteur, avec le Portugal, de résolutions du Conseil des droits de l'homme sur les droits de l'homme et la santé mentale. Il a souligné que la loi 10.216 avait servi de base à la réforme de la psychiatrie au cours des vingt dernières années et a appelé l'attention sur la loi brésilienne pour l'inclusion des personnes handicapées. Il a insisté sur la nécessité de considérer la santé mentale comme une partie intégrante et indissociable du droit de toute personne à la santé, et de se pencher sur les déterminants sociaux de la santé mentale. Son gouvernement avait pris des mesures pour promouvoir les soins de santé mentale de proximité et étendre les services d'aide psychosociale à l'ensemble du pays. Les soins de santé publique, y compris tous les services du réseau de santé mentale, relevaient du Système de santé unifié du Brésil. La politique brésilienne en matière de santé mentale avait permis, entre autres, de renforcer les établissements de santé, les services et les activités de sensibilisation des agents de santé afin de lutter contre la stigmatisation et les préjugés. M. Queiroga a annoncé qu'il était prévu de renforcer la prise en charge d'urgence, la télémédecine et les soins de santé mentale dans le système de soins de santé primaires.

11. Dans une déclaration vidéo préenregistrée, la Ministre portugaise de la santé, Marta Temido, a déclaré que, bien que les problèmes de santé mentale soient répandus, le domaine de la santé mentale demeurerait négligé au niveau mondial. Une action collective était nécessaire pour faire en sorte que la même importance soit accordée à la santé mentale qu'à la santé physique. L'intervenante a appelé l'attention sur les nombreuses violations commises, souvent à l'abri des regards, contre des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial. La stigmatisation continuait de limiter grandement la qualité des soins et l'accès à l'ensemble des services disponibles. M^{me} Temido a souligné que, depuis 2016, son pays et le Brésil se saisissaient résolument de la question de la santé mentale au Conseil des droits de l'homme. Elle a mis en avant le soutien et l'engagement du HCDH et de l'OMS, insistant en particulier sur l'initiative QualityRights de cette dernière. La Convention posait les bases d'une réforme du secteur de la santé mentale, respectueuse des droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial, mais les États se heurtaient à des difficultés de taille et avaient besoin de conseils pour amorcer ce changement de paradigme. L'intervenante a énuméré les principales mesures prises par le Portugal pour mettre ses lois, ses politiques et ses pratiques en conformité avec les droits de l'homme, notamment la réforme juridique en cours, l'amélioration de l'accès aux soins de proximité, le contrôle indépendant exercé sur les établissements de santé mentale et la consultation des bénéficiaires de services de santé mentale et des familles sur les questions les concernant, notamment dans le cadre des travaux de révision de la loi sur la santé mentale menés par l'équipe chargée du programme national de santé mentale.

B. Résumé des exposés : réforme des politiques publiques

12. La Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible a déclaré que l'héritage du colonialisme avait façonné les systèmes de santé mentale existants, ce qui avait entraîné des différences au sein des pays et entre eux et contribué à certains problèmes dans le domaine de la santé. On ne pouvait s'engager à favoriser la santé mentale sans en même temps s'employer résolument à éliminer les systèmes inégalitaires qui nuisaient à la santé globale des personnes. Il fallait reconnaître la valeur des connaissances des peuples autochtones et du savoir traditionnel et les intégrer dans les systèmes de santé publique. La pauvreté, l'injustice sociale, les inégalités, la discrimination et la violence engendraient une souffrance morale, en particulier lorsque des personnes étaient persécutées en raison de leur race, de leur genre, de leur sexualité, de leur appartenance religieuse, de leur classe sociale ou d'un handicap. Les réformes imposaient de reconnaître, aussi en droit, les usagers des systèmes de santé mentale comme des personnes jouissant des mêmes droits que les autres, ce qui supposait que les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial participent à la planification, au suivi et à l'évaluation des services, au renforcement des systèmes et aux activités de recherche.

13. La Rapporteuse spéciale a souligné que la coercition, le traitement sans consentement et le placement forcé en institution étaient des pratiques dépassées, inefficaces et contraires aux droits de l'homme. Elle a mentionné tout particulièrement les obligations énoncées et les orientations formulées dans la Convention, salué l'initiative QualityRights de l'OMS et donné des exemples de services de santé mentale différents, notamment les centres d'aide ponctuelle entre pairs, les espaces de prise en charge non médicamenteuse et les groupes locaux d'aide au rétablissement. Elle a réaffirmé, à la suite de son prédécesseur, que le recours excessif aux médicaments dans le traitement des problèmes de santé mentale constituait un obstacle majeur à la réalisation du droit à la santé. Elle a demandé, comme l'avait fait son prédécesseur, que l'OMS élabore une nouvelle liste holistique des interventions psychosociales essentielles axées sur la population, fondées sur des données probantes et définies et mises en place selon des principes axés sur les droits de l'homme, et que les médicaments dont il n'avait pas été prouvé que les avantages dépassaient les risques soient retirés de la liste des médicaments essentiels établie par l'OMS. Elle a engagé les participants à travailler ensemble de manière à tenir compte des vulnérabilités croisées et à élaborer des programmes complets permettant d'améliorer la santé et le bien-être des populations.

14. M^{me} Funk a déclaré que, dans le contexte mondial actuel, les violations des droits humains des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial étaient courantes et légitimées par les politiques et les lois en vigueur. Pour remédier à cette situation, les pays devaient investir davantage dans des services de santé mentale fondés sur les droits, notamment des services excluant toute forme de coercition, y compris le placement forcé en institution et le traitement sans consentement. En privilégiant une approche biomédicale, on limitait souvent le traitement à l'établissement d'un diagnostic et à la prise en charge médicamenteuse sans tenir compte d'aspects importants de la vie des individus, qui étaient à l'origine des problèmes de santé mentale et jouaient un rôle capital dans la guérison. Ces aspects comprenaient entre autres l'inclusion dans la société, les relations, le sentiment d'appartenance, les possibilités d'emploi et d'éducation, le logement, la protection sociale et, plus généralement, l'accès à des soins de santé de qualité. En juin 2021, l'OMS avait publié des orientations sur les services de santé mentale de proximité promouvant des approches axées sur la personne et fondées sur les droits (*Guidance on community mental health services : Promoting person-centred and rights-based approaches*) et lancé sept modules d'appui technique. Dans ces orientations, elle démontrait qu'il était possible de créer des services fondés sur les droits et d'obtenir de bons résultats sur les plans sanitaire et social à un coût souvent comparable, voire inférieur, à celui des services classiques. L'OMS cherchait aussi à inciter les pays à mettre en place et à développer de tels services et leur prodiguait des conseils en ce sens. Certaines caractéristiques étaient communes à l'ensemble des services présentés dans les orientations, notamment le respect de la capacité juridique des personnes et de leurs choix concernant le rétablissement, y compris en cas de crise, l'adoption d'une stratégie visant à faire cesser la coercition et la promotion d'une réelle participation des personnes ayant une expérience personnelle du handicap.

15. M^{me} Funk a mentionné certaines des principales recommandations que l'OMS adressait aux pays en faveur, notamment, d'un financement accru des services de santé mentale et d'aide sociale fondés sur les droits, d'un alignement des cadres juridiques et politiques sur les normes internationales relatives aux droits de l'homme, dont les dispositions de la Convention, d'un développement des capacités en matière de santé mentale, de droits de l'homme et de handicap pour tous les groupes de parties prenantes, et d'un renforcement de la collecte de données. Elle regrettait que des services fondés sur les droits ne soient pas accessibles à quiconque en avait besoin, mais espérait qu'il serait possible de fixer un meilleur cap en s'inspirant des services respectueux de la Convention qui existaient aux quatre coins du monde et pourraient être reproduits à plus grande échelle pour devenir la base du système de santé mentale. L'intervenante a redit combien il importait de mettre en place des systèmes et des cadres qui reflètent l'engagement de rompre avec la coercition sans laisser personne de côté.

16. M. Njenga a déclaré que la plupart des cadres et systèmes directifs régissant la santé mentale découlaient des lois générales sur la santé qui, souvent, prévoyaient une exception au principe de consentement éclairé et des normes de protection des droits distinctes, moins strictes pour les personnes handicapées, si bien que seules les personnes ayant un handicap psychosocial étaient placées en institution ou traitées sans leur consentement. Il a affirmé que

l'élaboration d'un cadre régissant la capacité juridique basé sur la Convention était une condition préalable à toute évolution fondamentale des politiques et systèmes de santé mentale, laquelle devrait passer par une redéfinition de la capacité juridique et la mise en place de modalités de prise de décisions accompagnée. L'intervenant a parlé de ce qui se faisait au Kenya et au Zimbabwe et souligné le rôle et les avantages, pour les personnes ayant une expérience personnelle du handicap, des groupes de soutien en ce qui concernait la prise de décisions et l'exercice de la capacité juridique. Les ressources de l'initiative QualityRights de l'OMS aidaient les responsables de l'élaboration et de l'exécution des politiques à promouvoir les droits des personnes présentant un handicap psychosocial, à favoriser le rétablissement et l'inclusion sociale et à contrôler les services au moyen d'indicateurs fondés sur les droits de l'homme. CBM Global avait utilisé ces ressources dans le cadre de séances de discussion organisées avec les familles ainsi que les chefs traditionnels et les chefs religieux sur la manière de fournir une aide dans le respect des droits quand des personnes étaient en détresse. M. Njenga a souligné qu'il était nécessaire d'appréhender la santé mentale sous l'angle du développement en s'intéressant aux liens entre la santé mentale et les déterminants sociaux de la santé. Renvoyant à l'observation générale n° 7 (2018) du Comité des droits des personnes handicapées sur la participation des personnes handicapées, y compris des enfants handicapés, par l'intermédiaire des organisations qui les représentent, à la mise en œuvre de la Convention et au suivi de son application, il a rappelé qu'il était nécessaire de garantir la participation effective des personnes ayant un handicap psychosocial par l'intermédiaire des organisations chargées de les représenter.

17. M. Ijaz a déclaré que, face à la crise mondiale actuelle de la santé mentale, il était primordial de privilégier un soutien fondé sur les droits. Le Centre Carter, les donateurs bilatéraux et les organisations multilatérales avaient l'occasion de tirer parti des ressources et des partenariats pour faire progresser les droits de l'homme, la démocratie et la santé parmi les populations les plus vulnérables du monde. L'intervenant a évoqué le décalage alarmant entre l'offre et la demande de services de santé mentale, qui s'était aggravé pendant la pandémie de COVID-19. Il a salué les orientations et les recommandations de l'OMS qui visaient à mettre fin aux violations des droits de l'homme dans la prise en charge de la santé mentale et soulignaient le rôle des communautés et de la relance dans la planification des politiques aux niveaux national et mondial. M. Ijaz a décrit le soutien que le Centre Carter apportait au Libéria depuis 2010 afin de réformer les systèmes de santé mentale selon une approche fondée sur les droits de l'homme, notamment en formant le personnel de santé et les journalistes et en fournissant un appui à la rédaction de la première loi destinée à améliorer la prise en charge des personnes ayant des problèmes de santé mentale et à prévenir la discrimination à leur égard. Il a souligné que les organisations de personnes ayant une expérience personnelle du handicap contribuaient de façon essentielle à promouvoir les droits de l'homme, la responsabilité des pouvoirs publics et l'allocation de ressources et budgets pour des services de qualité dans le domaine de la santé mentale. À l'heure actuelle, les budgets de la santé mentale étaient généralement alloués aux hôpitaux et autres établissements psychiatriques ; un basculement vers un modèle axé sur les droits de l'homme supposait un financement accru des services de proximité. L'intervenant a souligné que les pays devaient s'engager à faire de la santé mentale une priorité en matière de santé et de développement.

18. M^{me} Davidow a fait part de son expérience personnelle et professionnelle pour souligner l'importance du soutien par les pairs. Elle a dit avoir participé, dans le cadre du Western Massachusetts Peer Network en 2013, à la rédaction de la déclaration sur le rôle des pairs (*Declaration of Peer Roles*), qui faisait écho aux principes et aux droits énoncés dans la Convention, notamment en mettant l'accent sur le respect de la dignité de la personne, en donnant la priorité à la possibilité de faire ses propres choix et en mettant en avant l'importance de l'inclusion dans la société et d'une réelle participation. L'intervenante a communiqué des informations sur les activités de son organisation, qui aidait les personnes à prendre leur vie en main, en particulier à conserver leur droit à la liberté et leur droit de choisir. Elle a décrit le soutien par les pairs offert dans la maison Afiya, que l'OMS avait mis en avant comme l'une des rares approches exemplaires fondées sur les droits, dans ses nouvelles orientations relatives aux services de santé mentale communautaires. Les centres d'aide ponctuelle entre pairs constituaient une solution de remplacement aux établissements psychiatriques, en ce qu'ils accueillaient les personnes dans un cadre non médicalisé et leur permettaient de réfléchir à ce qui fonctionnait et à ce qu'il faudrait peut-être changer pour

vivre pleinement leur vie. Ce service n'avait pas vocation à transformer les individus mais à les aider à acquérir des outils pour la vie et le sentiment de pouvoir maîtriser la détresse qui les saisissait parfois, tout en restant finalement eux-mêmes, et ce, même si leur mode de vie ne correspondait pas tout à fait aux attentes de la société. Les bénéficiaires continuaient de travailler ou d'aller à l'école et de consulter leur courrier, ce qui leur permettait de payer leurs factures et, ainsi, de s'épargner de graves difficultés à long terme. L'une des aides proposées consistait à plaider la cause des personnes afin qu'elles ne soient pas tenues de se rendre au tribunal pour une audience d'internement. Elle était particulièrement importante car de nombreuses personnes avaient souvent été inéquitablement représentées et avaient mal vécu des procédures en justice, aboutissant par exemple à un traitement obligatoire dans un hôpital ou une institution ou à la perte des droits et responsabilités parentaux. Le service d'aide entre pairs soutenait également les personnes souhaitant éviter ou raccourcir un internement forcé. Il devait maintenant, entre autres défis, augmenter ses capacités pour aider un plus grand nombre de personnes à éviter les séjours en institutions et d'autres violations des droits de l'homme. Le recrutement et la rétention de pairs aidants hautement qualifiés étaient aussi difficiles, en raison de l'idée fautive et discriminatoire selon laquelle le soutien par les pairs exigeait moins de compétences que le travail clinique. Pour les personnes qui avaient des pensées suicidaires ou entendaient des voix, l'aide ponctuelle entre pairs pouvait en outre présenter un bon rapport coût-efficacité, en ce qu'elle donnait aux personnes les moyens de rompre le cycle néfaste des hospitalisations à répétition.

C. Résumé des exposés : éléments clefs d'une réforme juridique fondée sur la Convention relative aux droits des personnes handicapées

19. M. Cutipé a décrit les réformes juridiques que le Pérou avait menées en tant qu'État partie à la Convention depuis 2007, notamment, la loi générale sur les personnes handicapées et l'élaboration de la loi sur la santé mentale, adoptée en 2019. Il a souligné le rôle de la société civile et des organisations supranationales dans la promotion des réformes juridiques et dans la conception et la mise en œuvre des premiers services de santé mentale de proximité axés sur les droits de l'homme. Dans la loi sur la santé mentale, les déterminants sociaux de la santé étaient considérés comme des éléments essentiels de la protection des droits, tant pour favoriser la santé mentale que pour prévenir la détresse et, quand celle-ci survenait, assurer la guérison. Un programme de financement des services de santé mentale axé sur les résultats et reposant sur l'action coordonnée des administrations nationale, régionales et locales avait été mis en place en 2015 et devait s'étendre à l'ensemble du territoire national à l'horizon 2026. Selon l'intervenant, le principal mérite des réformes juridiques en cours avait été de donner l'impulsion nécessaire à un changement de paradigme dans le domaine de la santé mentale, les soins n'étant plus associés aux hôpitaux psychiatriques ni caractérisés par l'invisibilisation de la diversité et la suppression des symptômes, mais fondés sur les droits de l'homme et la participation et axés sur les personnes et leur aspiration à une vie digne. Il subsistait des obstacles à l'application des réformes juridiques, notamment les tensions liées à l'héritage colonial et les idées d'un autre temps, comme celles concernant des « comportements déviants » et la « folie » qu'il fallait supprimer ou maîtriser, qui influençaient les nouvelles lois et normes. M. Cutipé a toutefois noté avec espoir que d'autres mouvements sociaux qui exigeaient justice et réparation, notamment les associations des victimes de la violence politique des années 1980 à 2000 et, plus récemment, les organisations de victimes d'actes de violence fondée sur le genre, étaient parvenus à faire contrepoids à ces tensions et à faire progresser la réforme juridique. Il a souligné que les organisations d'usagers des services de santé mentale et de personnes n'ayant pas accès à la santé et à la protection sociale devaient participer aux réformes. Les premières mesures d'une réforme juridique et politique demeuraient insuffisantes au regard des besoins, mais de nouvelles possibilités de changement de paradigme se dessinaient. Il était nécessaire de rendre l'application de la Convention tangible pour les citoyens et la société civile afin de susciter l'adhésion à une deuxième génération de réformes juridiques qui serviraient les objectifs de la Convention.

20. M^{me} Weller a décrit les recommandations en matière de réforme juridique, qui émanaient du récent rapport final de la Commission royale chargée d'évaluer le système de santé mentale de l'État de Victoria (Australie). Celle-ci avait été créée en 2019, en réaction à

une prise de conscience croissante que le système de santé mentale était focalisé sur les crises, inique, peu sûr et marqué par un recours excessif aux traitements coercitifs, et que la loi sur la santé mentale de 2014 n'avait pas atteint son but. Dans le cadre de ses travaux, la Commission royale avait mené des analyses fondées sur des données probantes à l'échelle du système et sollicité l'avis et la participation de personnes ayant fait personnellement l'expérience de ce système. Le rapport final transmis en 2021 contenait une feuille de route globale pour une transformation qui fonderait le système sur les droits de l'homme afin qu'il délivre, en matière de santé mentale et de bien-être, des services, une prise en charge et un soutien qui soient de qualité, adaptés, efficaces, intégrés, abordables et sans danger. La Commission avait jugé que les pratiques restrictives constituaient des violations des droits de l'homme et exigé que des mesures soient prises immédiatement pour éliminer le recours à l'isolement et aux moyens de contention dans un délai de dix ans. L'élimination de ces procédés passerait par la définition d'objectifs clairs, l'utilisation d'autres méthodes, une communication détaillée sur tout placement à l'isolement ou recours à la contention mécanique et chimique et la surveillance de ces pratiques. Les usagers et les cliniciens concevraient et mettraient en œuvre conjointement les projets de réduction dans chaque service ou unité. La Commission royale avait recommandé de remplacer la loi sur la santé mentale de 2014 par une nouvelle loi sur la santé mentale et le bien-être, laquelle était déjà en cours d'élaboration et servirait de fondement au système ainsi transformé. Selon M^{me} Weller, le pouvoir des médecins d'imposer un traitement avait été largement redéfini, de sorte à favoriser la transition vers un système ne reposant plus sur la coercition. La Commission royale s'était dite consciente que la législation sur la santé mentale ne pouvait porter ses fruits que si elle était largement comprise et acceptée par la population. Les exemples donnés montraient que le respect des droits de l'homme, le consensus, la collaboration et la compassion devaient être à la base de la réforme des systèmes de santé mentale.

21. M^{me} Kamundia a souligné le rôle de la Commission nationale des droits de l'homme du Kenya dans les diverses tentatives qui avaient été faites pour modifier la loi de 1989 sur la santé mentale, notamment dans le cadre du projet de loi de 2020. Ce projet de loi, après son adoption en première lecture, avait été soumis au Comité départemental de la santé de l'Assemblée nationale pour examen en novembre 2021. La Commission avait transmis des observations sur le projet de loi au Parlement, conjointement avec des organisations de personnes handicapées. Certaines de ces recommandations, conformes à la Convention et à l'observation générale n° 1 (2014) du Comité des droits des personnes handicapées sur la reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité, avaient été intégrées au projet de loi. Celui-ci était résolument axé sur la fourniture de services de santé mentale de proximité. L'intervenante a regretté que d'autres recommandations n'aient pas été intégrées au projet de loi et que celui-ci continue de permettre la désignation d'un représentant contre la volonté de l'intéressé, l'admission sans consentement et le recours à l'isolement et à la contention. La Commission avait suggéré l'ajout au projet de loi d'une annexe précisant les modalités de la prise de décisions accompagnée, afin que celle-ci ne soit pas comprise à tort comme une forme de tutelle, mais cette proposition avait été rejetée. Selon M^{me} Kamundia, les principaux obstacles avaient été la prégnance de l'approche biomédicale du handicap dans le milieu de la santé mentale et les préjugés de certains parlementaires sur les problèmes de santé mentale et la prise de décisions. Elle a souligné que la Commission pouvait notamment soutenir et développer les initiatives menées par les usagers, qui prouvaient aux décideurs que d'autres solutions que celles relevant du modèle médical de la santé mentale fonctionnaient. Le Kenya était le deuxième pays d'Afrique, après le Ghana, à adopter l'initiative QualityRights, et un comité multipartite relevant du Ministère de la santé et comprenant des acteurs non gouvernementaux participait à sa mise en œuvre. L'intervenante a souligné qu'en 2019, une équipe spéciale chargée d'enquêter sur la santé mentale des Kényans avait recommandé de réformer la loi sur la santé mentale et d'accroître le budget alloué à la santé mentale. D'autres réformes juridiques en cours étaient susceptibles d'aboutir à des changements positifs, en particulier celles concernant des lois qui touchaient les personnes ayant des problèmes de santé mentale, notamment les lois érigeant le suicide et les comportements associés aux crises de santé mentale en infractions pénales. D'après l'intervenante, des conseils techniques ciblés sur la façon d'élaborer la loi dans le respect de la Convention auraient été extrêmement utiles. Elle a insisté sur l'importance de la participation, soulignant que la Commission coopérait étroitement avec des organisations de

personnes ayant un handicap psychosocial dans tous les processus décisionnels, y compris la modification de la loi sur la santé mentale, dans l'esprit de l'article 4 (par. 3) de la Convention.

22. M^{me} Kayess a déclaré qu'il était essentiel que la réforme juridique, attendue depuis trop longtemps, garantisse aux personnes ayant un handicap psychosocial, la possibilité d'exercer leurs droits. Elle a rappelé les conclusions et les recommandations formulées à l'issue de la consultation organisée par le HCDH en 2018 afin de définir des stratégies destinées à promouvoir les droits de l'homme dans le secteur de la santé mentale², estimant qu'il serait utile de s'en inspirer. Elle a fait observer que, selon le modèle biomédical du handicap, les personnes ayant un handicap psychosocial étaient perçues non pas comme des titulaires de droits, mais comme des objets de traitement, de gestion et de contrôle. Pis encore, la négation des droits des personnes handicapées était présentée comme un moyen de « protéger » la personne en détresse ou la communauté dans laquelle celle-ci était perçue comme dangereuse. La Convention énonçait des principes et des normes qui consacraient la notion selon laquelle les personnes ayant un handicap psychosocial étaient des titulaires de droits, que des déficiences ne pouvaient diminuer ou limiter. L'intervenante a souligné que la réforme juridique devait garantir que tous les droits et toutes les libertés fondamentales s'appliquaient à tous de la même manière. Elle a clarifié certains éléments clés de la Convention, tels que la reconnaissance de la capacité juridique des personnes ayant un handicap psychosocial ; la participation réelle de ces personnes et des organisations chargées de les représenter en tant que spécialistes de la santé mentale et acteurs de la conception de systèmes destinés à favoriser la santé mentale ; l'interdiction de la détention fondée sur l'incapacité et la reconnaissance explicite du principe de consentement libre et éclairé dans le cadre des soins de santé ; la protection de la sécurité et de l'intégrité personnelle des personnes ayant un handicap psychosocial ; les services de proximité permettant d'éviter le placement en institution ; un meilleur accès à la justice aux fins de recours et de réparations. Les pays devaient en outre permettre la participation des organisations de personnes ayant un handicap psychosocial, au moyen notamment de financements et de stratégies telles que la mise en place d'un mécanisme permanent de consultation des personnes handicapées. Il fallait créer des mécanismes de prévention qui exerceraient un contrôle sur les lieux dans lesquels des personnes en situation de handicap psychosocial étaient détenues. L'intervenante a rappelé que les États pouvaient consulter les observations générales du Comité et ses directives relatives au droit à la liberté et à la sécurité des personnes handicapées, et s'en inspirer. Sans réforme juridique, on ne pouvait bâtir une société dans laquelle l'ensemble des droits de l'homme et des libertés fondamentales seraient respectés.

23. M. Quinn a expliqué que les lois relatives à la santé mentale visaient à l'origine à régir un domaine caractérisé par la coercition et la perte de droits. Toutefois, depuis l'adoption de la Convention, il était devenu impératif que les lois soient axées sur l'identité personnelle et sur les droits. Il y avait eu deux grandes vagues de réactions inspirées par les droits de l'homme aux dérives bien connues de la psychiatrie et à l'internement sans leur consentement de personnes ayant des problèmes de santé mentale. Lors de la première, l'objectif était d'encadrer la perte de droits par des garanties objectives. Lors de la seconde, qui avait débuté avec l'adoption de la Convention, il s'agissait de s'attaquer au problème central de l'invisibilité en tant que personne et des inégalités qui en résultaient. L'égalité de traitement que prévoyait la Convention imposait de rompre radicalement avec les lois et politiques coercitives qui privaient les personnes handicapées de leur liberté et entraînaient l'application de mesures coercitives. Selon l'intervenant, la santé mentale était surmédicalisée et il importait de remplacer les lois et politiques héritées du passé et permettant la coercition par des lois garantissant le respect de la personne dans son individualité et l'égalité. Il a engagé les pays à se tourner vers l'avenir lors de la prochaine vague de réforme en faveur des droits de l'homme et félicité l'OMS de mettre en avant les mesures positives que les États prenaient en ce sens. En écho à l'appel de nombreux acteurs, parmi lesquels la Présidente du Comité des droits des personnes handicapées, il a redit souhaiter que l'on dissuade le Conseil de l'Europe d'adopter son projet de protocole additionnel à la Convention d'Oviedo. Pour conclure, il a dit que les États devraient voir dans les personnes handicapées des alliés et des

² A/HRC/39/36.

partenaires désireux d'innover et de contribuer à la conception de nouvelles politiques porteuses d'un autre avenir.

24. Le Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants a souligné qu'il était urgent d'abolir les lois autorisant le placement en institution de personnes handicapées en raison de leur handicap et de faire régulièrement réexaminer toute décision de placement en institution, notamment en chargeant les experts des droits de l'homme, les institutions nationales des droits de l'homme, les mécanismes nationaux de prévention, les acteurs de la société civile et les mécanismes internationaux de procéder à un contrôle indépendant. Les États devraient adopter des lois reconnaissant la capacité juridique des personnes handicapées et permettant la prise de décisions accompagnée. La capacité juridique devait être indissociable d'une approche de la vie et du soutien fondée sur la communauté, et l'autonomie de vie dans la société devait être reconnue comme un droit. Les pouvoirs publics devraient faciliter la désinstitutionnalisation en adoptant des lois de protection sociale et en fournissant un ensemble de services d'aide aux personnes qui en avaient besoin. L'intervenant a souligné qu'il était absolument nécessaire de disposer de lignes directrices sur le consentement libre et éclairé et les effets du placement en institution, sur le traitement et sur les conditions de vie des personnes ayant un handicap psychosocial. Il était en outre nécessaire de bien former et sensibiliser les responsables de l'application des lois et le personnel pénitentiaire. Les violences et les violations commises contre des personnes handicapées devaient impérativement être considérées comme une forme de torture ou de peine ou traitement cruel, inhumain ou dégradant, de sorte que les victimes de ces violations et les défenseurs de leurs droits bénéficient d'une protection juridique accrue. Le Rapporteur spécial a conclu en appelant de ses vœux une société inclusive qui mettrait fin à la marginalisation et la discrimination.

25. Dans une vidéo préenregistrée, Erin May Kelly a lu l'un de ses poèmes, intitulé « The power of purpose ». Ce texte présentait de nombreuses expériences personnelles de coercition et de traitement inhumain vécues dans le cadre des services de santé mentale, en particulier dans les institutions. Il soulignait également l'effet bénéfique que ces services pouvaient avoir quand ils tenaient véritablement compte des besoins et des droits des personnes.

D. Déclarations de représentants d'États Membres et d'autres parties prenantes

26. Au cours du débat qui a suivi, les représentants de la Colombie, du Costa Rica, d'Israël, de la Malaisie, du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et du Timor-Leste ont pris la parole.

27. Les représentants des organes conventionnels, des organismes intergouvernementaux, des organisations non gouvernementales, des organisations de personnes handicapées et des universités ci-après ont également pris part au débat : le Comité des droits des personnes handicapées (Vice-Président), Citizens Commission on Human Rights Europe, le Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry, le Centre for Mental Health Law and Policy, l'Union européenne, Hope for the Abused and Battered, Human Rights Watch, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, la World Federation for Mental Health, l'Université de Glasgow et l'Université de Nottingham.

28. Des observations écrites ont été reçues de l'American Psychology Association, du Centre for Mental Health Law and Policy, de l'Indian Law Society, de l'Ohaha Family Foundation et de Lene Sjøvold, en sa qualité de psychologue clinicienne et de conseillère en santé mentale.

29. De nombreux représentants d'États ont réaffirmé que la pandémie de COVID-19 avait eu des effets disproportionnés sur la santé mentale des personnes ayant des troubles mentaux ou un handicap psychosocial et d'autres groupes marginalisés. La marginalisation avait pour conséquence directe de limiter l'accès à l'éducation et aux services de santé. Les États se sont dits résolus à améliorer la santé mentale de leurs populations et ont communiqué des informations sur les mesures qu'ils avaient prises pour accroître l'accès aux services de santé mentale, dont certaines s'inscrivaient en particulier dans le contexte de la pandémie. Celle-ci avait rappelé le caractère essentiel de la santé et l'interdépendance des droits. Les États ont

également appelé l'attention sur les examens juridiques en cours, sur les réformes accomplies et les efforts déployés pour mettre en place des services de santé mentale de proximité. Ils ont reconnu que la santé mentale était une préoccupation majeure de santé publique et qu'il importait de veiller à ce que les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial puissent exercer leurs droits ; ils ont sollicité des orientations à cet égard. Ils ont demandé un appui technique à l'OMS et au HCDH en vue de mieux assurer la conformité de leur législation, de leurs politiques et de leurs services avec la Convention. Il fallait reconnaître aux personnes présentant un handicap psychosocial le rôle fondamental qui leur revenait dans l'élaboration des politiques, et il était essentiel de répondre aux besoins particuliers des groupes marginalisés ou en situation de vulnérabilité, notamment les femmes, les filles, les jeunes, les personnes privées de liberté, les migrants, les lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queers et intersexes et personnes de genre variant et toutes autres personnes en situation de vulnérabilité. Les États ont souligné qu'il fallait placer la santé mentale au centre des plans de relance après la pandémie de COVID-19, en lui donnant notamment toute sa place dans les politiques nationales et internationales et dans l'application des normes et des conventions internationales existantes.

30. La représentante de la Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe et rapporteuse sur la désinstitutionnalisation des personnes handicapées, Reina De Bruijn-Wezeman, a annoncé avec regret que, quinze ans après l'adoption de la Convention, on n'avait toujours pas éliminé la discrimination fondée sur l'incapacité, en particulier le placement en institution sans le consentement de l'intéressé. Les États parties devaient réviser leur législation pour garantir le respect et la protection de tous les droits des personnes handicapées, y compris la reconnaissance de leur personnalité juridique dans des conditions d'égalité. L'intervenante s'est dite préoccupée de ce que le projet de protocole additionnel à la Convention d'Oviedo aurait pour effet de légaliser l'adoption de mesures relatives aux soins de santé mentale sans le consentement éclairé de l'intéressé, au mépris flagrant des dispositions de la Convention. Elle a fait savoir que l'Assemblée parlementaire et la Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe s'opposaient à cette proposition.

31. Des représentants de la société civile se sont félicités de l'attention croissante accordée aux droits et ont souligné qu'il importait d'appréhender la santé mentale selon une approche fondée sur les droits de l'homme. Il était temps de faire avancer la mise en application de la Convention, notamment en matière de prise de décisions accompagnée. Divers intervenants ont demandé des conseils supplémentaires en vue de recentrer leurs activités sur les droits. D'autres ont fait remarquer que le suivi des progrès au moyen d'indicateurs des droits de l'homme était primordial, et que l'OMS, ainsi que le HCDH qui avait mis au point des indicateurs des droits de l'homme relatifs à la Convention, pouvaient apporter leur appui à cette fin. Rejoignant certaines vues exprimées par les intervenants, plusieurs participants ont souligné que de graves violations des droits de l'homme et atteintes à ces droits continuaient d'être commises dans les systèmes de santé mentale, notamment le traitement sans consentement. La situation était plus difficile pour les victimes de discrimination raciale, d'exclusion politique et de marginalisation. Certains participants ont appelé l'attention sur la persistance de la pratique de l'enchaînement, attestée dans divers pays du monde, et sur le cas d'un pays dans lequel 70 à 90 % de la population n'avait pas accès aux soins de santé mentale. Ils ont exhorté les États à faciliter la formation des prestataires de services afin que ceux-ci respectent les droits de l'homme et saisissent toute la portée de la Convention et des droits qu'elle avait vocation à protéger. Des intervenants ont souligné que le manque de connaissances des professionnels, des praticiens et des décideurs concernant le modèle du handicap fondé sur les droits de l'homme et leur mauvaise compréhension de ce dernier étaient des obstacles à surmonter. Ils ont également évoqué la criminalisation du handicap et la tendance injuste de la police à cibler de manière disproportionnée les personnes ayant des problèmes de santé mentale en raison de leur trouble et non d'un acte répréhensible.

32. Des participants se sont joints à l'appel lancé aux États pour qu'ils rejettent le projet de protocole additionnel à la Convention d'Oviedo. Rappelant le thème de la Journée mondiale de la santé mentale, « La santé mentale dans un monde inégalitaire », les intervenants ont souligné qu'il importait d'aborder la question des droits de l'homme et de garantir l'accès universel aux soins de santé. Ils ont fait observer qu'il existait aussi des services qui fonctionnaient, dont l'OMS donnait des exemples dans les orientations relatives

aux services de santé mentale communautaires qu'elle avait récemment publiées dans le cadre de son initiative QualityRights. Ils ont constaté avec préoccupation que les pays à revenu élevé semblaient plus lents que beaucoup d'autres à adopter des approches fondées sur les droits de l'homme dans le domaine de la santé mentale et ont demandé comment le changement pouvait s'accélérer. Les intervenants étaient d'accord sur le fait que les personnes ayant un handicap psychosocial devaient être associées à l'élaboration des politiques et à toutes les décisions les concernant, parce qu'elles en avaient le droit et parce qu'elles pouvaient apporter une précieuse contribution.

E. Clôture

33. La Directrice de Transforming Communities for Inclusion, Bhargavi Davar, a salué les réformes des politiques de santé mentale tout en avertissant que qu'elles n'étaient qu'une partie des réformes nécessaires pour garantir les droits et l'inclusion. Elle a expliqué, à la lumière de sa propre histoire, qu'un groupe de personnes handicapées en particulier endurait depuis plus d'un siècle des traumatismes intergénérationnels, de la torture et des souffrances en raison de l'oppression systémique collective qui caractérisait les services de santé mentale. Il ne suffisait pas de mettre fin à la violence et à la coercition dans les systèmes de santé mentale ou de proposer des services de santé mentale de qualité. Pour que les personnes ayant des problèmes de santé mentale soient pleinement intégrées dans la société, il fallait également en finir avec les politiques archaïques qui nuisaient foncièrement à la qualité de vie et au bien-être. L'intervenante a fait remarquer que l'inclusion était impossible si l'accès à une multitude d'autres services comme le logement et les assurances dépendait du système de santé mentale. Les préjugés que les personnes en situation de handicap psychosocial avaient subis par le passé, en raison de leur handicap, devaient être reconnus et réparés, au même titre que les torts causés aux victimes de racisme, aux peuples autochtones et à d'autres populations opprimées. Les États devaient mettre en place des mécanismes de réparation et de responsabilisation pour les méfaits commis dans le passé.

34. Agissant en collaboration avec des mouvements de personnes ayant tous types de handicap partout dans le monde, le mouvement des personnes en situation de handicap psychosocial s'appuyait sur la Convention pour permettre à ses membres de reprendre le contrôle de leur vie et de se démedicaliser en leur donnant les moyens de participer à la vie de la société et de contribuer au développement de celle-ci. Il était favorable aux réformes des soins de santé mentale comme mesure de réduction des risques mais aspirait avant tout à mettre sur pied une communauté de pratique consacrée à l'inclusion, par opposition au « bon traitement ». Dans cette communauté, qui regrouperait les familles, les groupes et services de soutien et les autres prestataires de soins, l'objectif serait l'inclusion dans tous les domaines de la vie et divers organismes publics coordonneraient leur action afin d'apporter une aide dans les domaines du logement, de l'emploi, du sport, de la prise en charge autonome, des relations, des loisirs et de la famille.

35. La Directrice de la Division des activités thématiques, des procédures spéciales et du droit au développement du HCDH, Peggy Hicks, a remercié le Brésil et le Portugal de faire avancer les débats sur la santé mentale et les droits de l'homme au Conseil des droits de l'homme. Elle a déclaré que l'attention de la communauté internationale s'était inévitablement portée sur les effets dévastateurs de la pandémie de COVID-19 sur la santé physique et mentale de millions de personnes. Si la pandémie avait été pour chacun source de stress et de peur, les personnes ayant déjà des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial avaient été particulièrement touchées, aussi bien par l'accroissement des inégalités d'accès aux services de santé mentale que par les conséquences à long terme. Le rapport du Secrétaire général intitulé « Notre programme commun » présentait un intérêt pour le domaine de la santé mentale. Le Secrétaire général y appelait de ses vœux un nouveau contrat social permettant de rétablir la confiance et s'inscrivant dans une vision globale des droits de l'homme. L'intervenante a mis en avant quelques éléments indispensables au renforcement des systèmes de santé mentale fondés sur les droits de l'homme, notamment la fin de la violence, de la privation de liberté et des traitements sans consentement motivés par le handicap, réel ou supposé, qui existaient encore dans certains systèmes. Elle a engagé les États à aligner leurs cadres juridiques et politiques sur la Convention et souligné que les faits

montraient, aujourd'hui encore, qu'il fallait abandonner les mesures coercitives au profit de solutions de substitution au placement et au traitement sans consentement, qui soient respectueuses des droits.

36. L'intervenante a fait part de ses préoccupations concernant le projet de protocole additionnel à la Convention d'Oviedo, qui autoriserait le traitement sans consentement et porterait atteinte aux garanties prévues par la Convention relative aux droits des personnes handicapées, ratifiée par la plupart des États membres du Conseil de l'Europe. Elle a réaffirmé que les lois déniaient aux personnes handicapées la reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité, notamment par la mise sous tutelle ou curatelle, étaient discriminatoires et donc interdites. Elle a souligné que les personnes ayant un handicap psychosocial ou un problème de santé mentale et les organisations qui les représentaient étaient actrices du rétablissement. La pandémie avait donné l'occasion aux pouvoirs publics de commencer à prendre acte des violations commises et à garantir des recours effectifs et des réparations pour les personnes ayant subi certaines formes de maltraitance dans des établissements de santé, notamment lorsque ces mauvais traitements s'apparentaient, par leur caractère de gravité, à de la torture ou à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Face à la pandémie de COVID-19 qui se poursuivait, il fallait rendre les services de santé plus durables et s'attaquer de manière intégrée aux causes profondes des problèmes de santé, y compris de santé mentale, en mobilisant à cette fin l'ensemble des pouvoirs publics et de la société.

III. Conclusions et recommandations

37. Les intervenants ont convenu que les droits de l'homme devaient guider toutes les discussions et activités consacrées à la santé mentale, et ont rappelé qu'il n'y avait pas de santé sans santé mentale. Selon plusieurs représentants, il fallait partir du droit international des droits de l'homme, et spécialement de la Convention relative aux droits des personnes handicapées qui fixait un cadre pour les obligations juridiques, les politiques et les pratiques dans tous les domaines liés à la santé mentale, constituait un outil de mise en œuvre et offrait un nouvel horizon et un langage porteur de changement. L'engagement politique des pays était nécessaire pour garantir le respect de la Convention, qui se traduirait par l'élaboration de politiques, de lois et de services fondés sur les droits. Un intervenant a fait observer qu'une des principales difficultés de l'application de la Convention était de créer et d'assurer les services d'aide nécessaires pour permettre aux personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial de prendre des décisions et d'accéder aux services de santé ou aux services sociaux. Il était primordial de financer et de promouvoir des approches fondées sur les droits et de garantir une réelle participation des personnes handicapées et des organisations chargées de les représenter, à tous les niveaux de prise de décisions concernant la santé mentale. Les intervenants ont souligné que les États devaient s'acquitter de leur obligation de permettre à chacun d'accéder aux services dont il avait besoin. Les États devaient également faire le nécessaire pour que chacun ait accès aux informations de santé publique dans un format accessible, ce qui n'était pas le cas de beaucoup de jeunes.

38. La plupart des intervenants ont évoqué la nécessité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de venir en aide aux personnes socialement marginalisées ou victimes de discrimination en raison, notamment, de leur âge, de leur race ou de leur handicap. Beaucoup ont souligné que des progrès n'étaient possibles qu'à condition de combattre les inégalités dans les politiques, les lois et les services, et dit que le contexte était propice pour investir dans des actions visant les déterminants sociaux de la santé afin de surmonter les effets de la pandémie, ainsi que dans des services de proximité. Ils ont salué le fait que, mené sous l'angle des droits des personnes handicapées, le débat sur la santé mentale s'était élargi au point de porter non seulement sur la santé mais également sur l'ensemble du secteur social et même sur le droit à l'autonomie de vie au sein de la société. Les intervenants se sont accordés sur le rôle essentiel du développement et du renforcement des capacités et de la compréhension des acteurs de terrain en vue de transformer les systèmes, et sur la nécessité d'une éducation aux droits

de l'homme pour tous les professionnels de la santé et groupes de parties prenantes, y compris les personnes ayant une expérience personnelle du handicap. Les documents fournis par l'OMS dans le cadre de son initiative QualityRights et la plateforme de formation en ligne que l'Organisation allait lancer en 2022 aideraient les pays et encourageraient les recherches visant à élaborer des solutions fondées sur des données probantes. Les intervenants ont souligné qu'il était nécessaire de faire évoluer les comportements et de sensibiliser l'opinion afin de réduire la stigmatisation et de mettre fin à l'hégémonie du modèle médical du handicap, y compris parmi les professionnels du droit.

39. Les intervenants ont appelé l'attention sur la nécessité de renforcer les contrôles indépendants et les institutions nationales et d'appliquer les dispositions de l'article 32 de la Convention portant sur la coopération internationale, afin d'améliorer l'échange d'informations sur les pratiques prometteuses et de connaissances sur les services dans différents contextes. Ils ont souligné qu'il importait de sensibiliser les personnes ayant un problème de santé mentale aux questions touchant la perte de pouvoir et de contrôle. Divers intervenants ont réaffirmé que la lutte contre l'oppression systémique, l'aide aux personnes les plus en marge de la société et le renforcement de leur autonomie seraient bénéfiques pour toutes et tous sur le plan social. On devait cesser de qualifier les problèmes de santé mentale de « maladies mentales », car cette étiquette donnait une idée très limitée des besoins des personnes concernées et aggravait la perte de pouvoir et de contrôle des usagers des services de santé mentale. Certains intervenants se sont joints à l'appel lancé aux États membres du Conseil de l'Europe pour qu'ils s'opposent sans tarder au projet de protocole additionnel à la Convention d'Oviedo.

40. À la lumière des débats, la Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme formule les observations et recommandations suivantes à l'intention des États et de toutes les autres parties prenantes, y compris les professionnels de la santé, sur les moyens d'harmoniser, selon qu'il conviendra, les lois, politiques et pratiques relatives à la santé mentale avec les dispositions de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, et sur la manière d'appliquer ces dispositions :

a) Les États devraient revoir leur législation afin qu'elle soit conforme à la Convention dans tous les secteurs liés à la santé mentale, notamment la législation concernant la lutte contre la discrimination, la capacité juridique et la justice pénale, l'éducation, la santé, la protection sociale et la famille. Des réformes juridiques et politiques profondes sont à mener, selon une approche fondée sur les droits de l'homme, afin que des droits égaux et la reconnaissance de la capacité juridique dans des conditions d'égalité soient reconnus à chaque personne. Les recommandations et observations générales du Comité des droits des personnes handicapées constituent des orientations utiles à cet égard ;

b) Concernant les systèmes de santé mentale, les États devraient adopter des mesures pour que quiconque a besoin d'une aide en matière de santé mentale soit considéré, d'abord et avant tout, comme une personne, conformément au modèle du handicap fondé sur les droits de l'homme. Tout au long de la consultation, des participants ont dit que des orientations étaient nécessaires pour guider les réformes de la législation et des pratiques relatives à la santé mentale afin qu'elles soient conformes à la Convention. À cet égard, les États peuvent bénéficier d'un appui technique de la part du HCDH et de l'OMS, notamment des ressources fournies par cette dernière dans le cadre de son initiative QualityRights, ainsi que des orientations axées sur les droits qui seront bientôt publiées au sujet de la législation relative à la santé mentale ;

c) Pour s'acquitter des obligations que leur impose la Convention, les États devraient mettre fin, en droit et en pratique, au placement forcé en institution et à la prise de décisions substitutive. L'engagement des États en faveur de la désinstitutionnalisation suppose qu'ils fassent cesser la pratique du traitement sans consentement, favorisent la prise de décisions accompagnée et développent les services de santé mentale de proximité fondés sur les droits. Des mesures devraient en outre être prises pour permettre aux personnes de choisir parmi un éventail de services d'aide individualisés, tels qu'une aide à domicile, un soutien à la vie autonome ou une assistance personnelle. Ces mesures devraient s'accompagner d'autres transformations

structurelles visant à lever les obstacles à l'inclusion dans la société et à prévenir l'isolement ou la ségrégation. La santé mentale est liée aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. L'action des États devrait porter simultanément sur les droits interdépendants qui concourent à l'autonomie de vie, notamment le logement, l'éducation inclusive et l'emploi. Les systèmes et services de santé mentale devraient dépasser le modèle biomédical et adopter une approche globale tenant compte de tous les aspects de la vie d'une personne ;

d) Dans tous les domaines, dont ceux du droit et de la santé, les États devraient veiller à ce que le langage utilisé, en particulier pour désigner le handicap et les problèmes de santé mentale, reflète un modèle fondé sur les droits de l'homme qui ne renforce pas la stigmatisation, les préjugés et le capacitisme ;

e) Les États devraient prendre des mesures pour que les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial puissent accéder à la justice dans des conditions d'égalité avec les autres, ainsi qu'à des voies de recours et à des réparations. Ils devraient prendre simultanément des mesures visant à mettre en place et à appliquer une justice innovante, inclusive et centrée sur l'être humain ;

f) Conformément à la Convention, au Programme de développement durable à l'horizon 2030 et à la Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, les États devraient prendre des mesures pour réduire les inégalités concernant l'accès aux services de santé et la prestation de ces services, et accroître l'accès à des services de santé de qualité, notamment en matière de santé mentale et de soutien psychosocial. Ils devraient recenser et écarter les obstacles à l'accès à des services de santé de qualité. Ils devraient également intensifier les programmes de formation et renforcer les capacités du personnel de santé afin d'éliminer les obstacles et d'améliorer la qualité des services. Ils devraient fournir un large éventail de services de santé mentale et de soutien psychosocial de qualité, qui soient complets, sûrs et axés sur le rétablissement ;

g) Les États devraient veiller à ce que la santé mentale et les droits de l'homme soient au cœur des plans de relance après la pandémie de COVID-19, et qu'il soit tenu compte de la situation particulière des groupes marginalisés ou en situation de vulnérabilité, y compris celle des femmes, des filles, des jeunes, des personnes privées de liberté, des migrants et des lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queers, intersexes et personnes de genre variant ;

h) Les États devraient soutenir les institutions nationales des droits de l'homme, notamment en leur donnant les ressources dont elles ont besoin pour contrôler et évaluer la qualité, l'efficacité et l'inclusivité des services de santé destinés aux personnes handicapées. Ils devraient veiller à ce que leur mécanisme indépendant de prévention de la torture soit habilité à contrôler tous les placements en régime fermé et les établissements fermés au sens large, dans lesquels, en droit ou en pratique, des personnes handicapées peuvent être placées. Les États devraient en outre confier des activités de contrôle à des experts externes spécialisés dans différents domaines, y compris des personnes ayant une expérience personnelle du handicap. Ils devraient utiliser des indicateurs des droits de l'homme pour suivre les progrès réalisés dans l'application de la Convention ;

i) Les États devraient faire en sorte que les personnes ayant un handicap psychosocial ou des problèmes de santé mentale soient réellement associés à la planification, au contrôle et à l'évaluation des services de santé mentale, au renforcement de ces systèmes, aux changements d'orientation les concernant et aux recherches dans le domaine de la santé mentale. Ils devraient garantir l'égalité des chances en matière d'éducation et de formation aux personnes ayant un handicap psychosocial et des problèmes de santé mentale. Ils devraient faciliter et promouvoir l'organisation et la participation des usagers des services de santé mentale et se soucier d'aider en particulier celles et ceux qui n'ont pas accès aux soins de santé et à la protection sociale. Ils devraient promouvoir le développement du soutien par les pairs dans les services de santé mentale et veiller à ce que ces services tiennent compte du vécu personnel des personnes handicapées et répondent à leurs besoins ;

j) Tous les États parties à la Convention devraient passer en revue leurs obligations avant d'adopter une législation ou des instruments susceptibles d'aller à l'encontre de l'obligation de défendre les droits des personnes handicapées que leur impose la Convention. En particulier, les États sont vivement invités à réexaminer de ce point de vue le projet de protocole additionnel à la Convention d'Oviedo que le Conseil de l'Europe examine actuellement, et à envisager de s'opposer à son adoption et d'en demander le retrait.
