

OUVRAGE DE RÉFÉRENCE SUR LA SANTÉ MENTALE,

LES DROITS DE L'HOMME ET LA LÉGISLATION

Non à l'exclusion, oui aux soins



OUVRAGE DE RÉFÉRENCE SUR LA SANTÉ MENTALE,

LES DROITS DE L'HOMME ET LA LÉGISLATION

Non à l'exclusion, oui aux soins



Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation.

1. Santé mentale
2. Droits homme - législation
3. Droits homme - normes
4. .Politique sanitaire - législation
5. Droit international
6. Ligne directrice
7. Pays en développement I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 92 4 256282 3
(Classification NLM : WM 34)

Les informations techniques relatives à cette publication peuvent être obtenues auprès de:

Dr Michelle Funk
Ms Natalie Drew

Équipe d'élaboration de la politique et des services de santé mentale
Département de Santé mentale et d'abus de substances psychoactives
Groupe organique des Maladies non transmissibles et de la Santé mentale
Organisation mondiale de la Santé
CH-1211, Genève 27, Suisse
Tél.: +41 22 791 3855
Télécopie: +41 22 791 4160
Courrier électronique: funkm@who.int

© Organisation mondiale de la Santé 2005

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone: +41 22 791 2476; télécopie: +41 22 791 4857; adresse électronique: bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie: +41 22 791 4806; adresse électronique: permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en Chine

Remerciements

L'ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation a été produit sous la direction de Michelle Funk, Natalie Drew et Benedetto Saraceno, du Département de Santé mentale et d'abus de substances psychoactives de l'Organisation mondiale de la Santé.

Équipe de rédaction:

Principaux rédacteurs: Melvyn Freeman (précédemment au Ministère de la Santé, Pretoria, Afrique du Sud) et Soumitra Pathare (Ruby Hall Clinic, Pune, Inde).

Autres rédacteurs: Natalie Drew (OMS/Siège), Michelle Funk (OMS/Siège), Benedetto Saraceno (OMS/Siège).

Documents de référence et exemples de cas

Julio Arboleda Florez (Département de Psychiatrie, Queen's University, Ontario, Canada), Josephine Cooper (Balmoral, Nouvelle Galles du Sud, Australie), Lance Gable (Centre juridique de l'Université de Georgetown, Centre pour les études juridiques et la santé du public, Washington DC, Etats-Unis d'Amérique), Lawrence Gostin (Université Johns Hopkins, Washington DC, Etats-Unis d'Amérique), John Gray (Association internationale de gérontologie, Canada), HWANG Tae-Yeon (Département de réadaptation psychiatrique et de santé mentale communautaire, Hôpital psychiatrique de Yongin, République de Corée), Albert Minoletti (Ministère de la Santé, Chili), Svetlana Polubinskaya (Institut d'État et des études juridiques, Académie des Sciences de Russie, Moscou, Fédération de Russie), Eric Rosenthal (Mental Disability Rights International, Washington DC, Etats-Unis d'Amérique), Clarence Sundram (Cour de District des États-Unis pour le District de Columbia, Washington DC, Etats-Unis d'Amérique), XIE Bin (Ministère de la Santé, Beijing, Chine).

Comité de rédaction

Jose Bertolote, (OMS/Siège), Jose Miguel Caldas de Almeida, Bureau régional de l'OMS pour les Amériques (AMRO), Vijay Chandra, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est (SEARO), Philippe Chastonay (Faculté de Médecine, Université de Genève, Suisse), Natalie Drew (OMS/Siège), Melvyn Freeman (précédemment au Ministère de la Santé, Pretoria, Afrique du Sud), Michelle Funk (OMS/Siège), Lawrence Gostin (Université Johns Hopkins, Washington DC, USA), Helen Herrman (précédemment au Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental (WPRO)), Michael Kirby (Chambres des Juges de Canberra, Haute Cour d'Australie), Itzhak Levav (Politique et relations extérieures, Services de Santé mentale, Ministère de la Santé, Jérusalem, Israël), Custodia Mandlhate, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO), Ahmed Mohit, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (EMRO), Helena Nygren-Krug (OMS/Siège), Geneviève Pinet (OMS/Siège), Usha Ramanathan (Delhi, Inde), Wolfgang Rutz (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EURO)), Benedetto Saraceno (OMS/Siège), Javier Vasquez (AMRO).

Appui administratif et de secrétariat

Adeline Loo (OMS/Siège), Anne Yamada (OMS/Siège) et Razia Yaseen (OMS/Siège)

L'ouvrage de référence de l'OMS sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation figure dans le programme du Réseau universitaire international de Genève (GIAN/RUIG)

Contribution technique et commentaires

Beatrice Abrahams	National Progressive Primary Health Care Network, Kensington, Afrique du Sud
Adel Hamid Afana	Département de formation et d'éducation, Programme de Santé mentale communautaire de Gaza, Gaza
Thérèse A. Agossou	Bureau régional de l'Afrique, Organisation mondiale de la Santé, Brazzaville, Congo
Bassam Al Ashhab	Santé mentale communautaire, Ministère de la Santé, Autorité palestinienne, Cisjordanie
Ignacio Alvarez	Commission inter-américaine des droits de l'homme, Washington DC, USA
Ella Amir	Alliance for the Mentally Ill Inc., Montréal, Québec, Canada
Paul S. Appelbaum	Département de Psychiatrie, Faculté de médecine de l'Université du Massachusetts, Worcester, MA, USA
Julio Arboleda-Florez	Département de Psychiatrie, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada
Begone Ariño	Fédération européenne des Associations de familles de malades mentaux, Bilbao, Espagne
Joseph Bediako Asare	Ministère de la Santé, Accra, Ghana
Larry Ash	Genève, Suisse
Jeannine Auger	Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Canada
Florence Baingana	Santé, Nutrition, Population, Banque mondiale, Washington DC, USA
Korine Balian	Médecins Sans Frontières, Amsterdam, Hollande
Neville Barber	Comité d'examen de la santé mentale, West Perth, Australie
James Beck	Département de Psychiatrie, Hôpital de Cambridge, Cambridge, MA, USA
Sylvia Bell	Commission des Droits de l'homme de Nouvelle Zélande, Auckland, Nouvelle Zélande
Jerome Bickenbach	Faculté de Droit, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada
Louise Blanchette	Programme de Certificat en Santé mentale de l'Université de Montréal, Montréal, Canada
Susan Blyth	Hôpital de Valkenberg, Département de Psychiatrie et de Santé mentale, University of Cape Town, Afrique du Sud
Richard J. Bonnie	Facultés de Droit et de Médecine, Université de Virginia, VA, USA
Nancy Breitenbach	Inclusion International, Ferney-Voltaire, France
Celia Brown	MindFreedom Support Coalition International, USA
Martin Brown	Northern Centre for Mental Health, Durham, Royaume-Uni
Anh Thu Bui	Ministère de la Santé, Koror, Palaos
Angela Caba	Ministère de la Santé, Saint-Domingue, République Dominicaine
Alexander M. Capron	Éthique, Commerce, Droits de l'homme et Droit de la santé, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse
Sylvia Caras	People Who, Santa Cruz, CA, USA
Amnon Carmi	Association mondiale de droit médical, Haifa, Israël
Claudina Cayetano	Programme de Santé mentale, Ministère de la Santé, Belmopan, Belize

CHEN Yan Fang	Centre provincial de santé mentale de Shandong, Jinan, Chine
CHUEH Chang	Faculté de Santé publique, Taipei, Chine (Province de Taiwan)
Dixon Chibanda	Université du Zimbabwe, Faculté de médecine, Harare, Zimbabwe
Chantharavdy Choulamany	Hôpital général de Mahosot, Vientiane, République démocratique du Laos
Hugo Cohen	Organisation mondiale de la Santé, Mexique
Josephine Cooper	Nouvelle Galles du Sud, Australie
Ellen Corin	Centre de Recherche hospitalière de Douglas, Québec, Canada
Christian Courtis	Instituto Tecnológico Autónomo de México, Departamento de Derecho, Mexico DF, Mexique
Jim Crowe	Fédération mondiale pour la schizophrénie et les troubles connexes, Dunedin, Nouvelle Zélande
Jan Czeslaw Czabala	Institut de Psychiatrie et de Neurologie, Varsovie, Pologne
Araba Sefa Dedeh	Unité de Psychologie clinique, Département de Psychiatrie, Faculté de médecine de l'Université du Ghana, Accra, Ghana
Paolo Delvecchio	Département de la Santé et des Services humains des États-Unis, Washington DC, USA
Nimesh Desai	Département de Psychiatrie, Institut du Comportement humain et des Sciences connexes, Delhi, Inde
M. Parameshvara Deva	Département de Psychiatrie, Hôpital SSB, Brunei Darussalam
Amita Dhanda	Université de Hyderabad, Andhra Pradesh, Inde
Aaron Dhir	Faculté de Droit, Université de Windsor, Ontario, Canada
Kate Diesfeld	Université de Technologie d'Auckland, Nouvelle Zélande
Robert Dinerstein	American University, Washington College of Law, Washington DC, USA
Saida Douki	Société Tunisienne de Psychiatrie, Tunis, Tunisie
Moera Douthett	Pasifika Healthcare, Henderson Waitakere City, Auckland, Nouvelle Zélande
Claire Dubois-Hamdi	Secrétariat de la Charte Sociale Européenne, Strasbourg, France
Peter Edwards	Peter Edwards & Co., Hoylake, Royaume-Uni
Ahmed Abou El-Azayem	Fédération mondiale de Santé mentale, Le Caire, Egypte
Félicien N'tone Enyime	Ministère de la Santé, Yaoundé, Cameroun
Sev S. Fluss	Conseil des Organisations internationales de Sciences médicales, Genève, Suisse
Maurizio Focchi	Associazione Cittadinanza, Rimini, Italie
Abra Fransch	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, Bulawayo, Zimbabwe
Gregory Fricchione	Carter Center, Atlanta, GA, USA
Michael Friedman	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA
Diane Froggatt	World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, Ontario, Canada
Gary Furlong	CLSC Métro, Montréal, Québec Canada
Elaine Gadd	Département de Bioéthique, Conseil de l'Europe, Strasbourg, France
Vijay Ganju	National Association of State Mental Health Program, Directors Research Institute, Alexandria, Virginia, USA

Reine Gobeil	Douglas Hospital, Québec, Canada
Howard Goldman	National Association of State Mental Health Program, Directors Research Institute and University of Maryland School of Medicine
Nacanieli Goneyali	Services hospitaliers, Ministère de la Santé, Suva, Fidji
Maria Grazia Giannicheda	Dipartimento di Economia Istituzioni Società, Université de Sassari, Sassari, Italie
Stephanie Grant	Haut Commissariat des Nations unies pour les Droits de l'homme, Genève, Suisse
John Gray	Policy and Systems Development Branch, International Association of Gerontology, Ministry Responsible for Seniors, Victoria BC, Canada
Margaret Grigg	Service de santé mentale, Département des Services humains, Melbourne, Australie
Jose Guimon	Département de Psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse
Oye Gureje	Département de Psychiatrie, University College Hospital, Ibadan, Nigeria
Karin Gutierrez-Lobos	Medical University of Vienna, Department of Psychiatry, Vienne, Autriche
Timothy Harding	Institut universitaire de médecine légale, Centre médical universitaire, Genève, Suisse
Gaston Harnois	Centre collaborateur de l'OMS, Centre de recherche, Hôpital Douglas, Verdun, Québec, Canada
Gary Haugland	Institut de Recherche psychiatrique Nathan S. Kline, Orangeburg, New York, USA
Robert Hayes	Tribunal de révision de la santé mentale de Nouvelle Galles du Sud, Australie
HE Yanling	Centre de Santé mentale de Shangaï, Shangaï, Chine
Ahmed Mohamed Heshmat	Ministère de la Santé et de la Population, Programme de santé mentale, Le Caire, Egypte
Karen Hetherington	Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Montréal, Québec, Canada
Frederick Hickling	Section de Psychiatrie, Département de Santé communautaire, University of West Indies, Kingston, Jamaïque
Kim Hopper	Institut de Recherche psychiatrique Nathan S. Kline, Orangeburg, New York, USA
Paul Hunt	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and Department of Law and Human Rights Centre, University of Essex, Royaume-Uni
HWANG Tae-Yeon	Department of Psychiatric Rehabilitation and Community Mental Health, Yongin Mental Hospital, République de Corée
Lars Jacobsson	Département de Psychiatrie, Faculté de Médecine, Université d'Umea, Umea, Suède
Aleksandar Janca	Département de Psychiatrie et de Science du comportement, University of Western Australia, Perth, Australie
Heidi Jimenez	Bureau régional pour les Amériques, Organisation mondiale de la Santé, Washington, USA
Dale L. Johnson	World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders (WFSAD), Taos, New Mexico, USA
Kristine Jones	Institut de Recherche psychiatrique Nathan S. Kline, Orangeburg, New York, USA

Nancy Jones	Seattle, WA, USA
Emmanuel Mpinga Kabengele	Institut de Médecine Sociale et Préventive de l'Université de Genève, Faculté de Médecine, Genève, Suisse
Nadia Kadri	Université psychiatrique Ibn Rushd, Casablanca, Maroc
Lilian Kanaiya	Schizophrenia Foundation of Kenya, Nairobi, Kenya
Eddie Kane	Mental Health and Secure Services, Department of Health, Manchester, Royaume-Uni
Zurab I. Kekelidze	Serbsky National Research Centre for Social and Forensic Psychiatry, Moscou, Fédération de Russie
David Musau Kiima	Département de Santé mentale, Ministère de la Santé, Nairobi, Kenya
Susan Kirkwood	Fédération européenne des Associations de familles de malades mentaux, Aberdeen, Royaume-Uni
Todd Kriebel	Mental Health Policy and Service Development, Mental Health Directorate, Ministère de la Santé, Wellington, Nouvelle Zélande
John P. Kummer	Equilibrium, Unteraegeri, Suisse
Lourdes Ladrado-Ignacio	Department of Psychiatry and Behavioural Medicine, College of Medicine and Philippines General Hospital, Manille, Philippines
Pirkko Lahti	Association finlandaise de santé mentale, Maistraatinportti, Finlande
Eero Lahtinen	Département de la santé, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Helsinki, Finlande
Eugene M. Laska	Institut de Recherche psychiatrique Nathan S. Kline, Orangeburg, New York, USA
Eric Latimer	Centre de Recherche hospitalière Douglas, Québec, Canada
Louis Letellier de St-Just	Montréal, Québec, Canada
Richard Light	Disability Awareness in Action, Londres, Royaume-Uni
Bengt Lindqvist	Haut Commissariat des Nations unies pour les Droits de l'homme, Genève, Suisse
Linda Logan	Policy Development, Texas Department of Mental Health and Mental Retardation, Austin, TX, USA
Marcelino López	Recherche et Évaluation, Fondation andalouse pour l'intégration sociale des malades mentaux, Séville, Espagne
Juan José López Ibor	Association psychiatrique mondiale, López-Ibor Clinic, Madrid, Espagne
Crick Lund	Département de Psychiatrie et de Santé mentale, University of Cape Town, Afrique du Sud
Annabel Lyman	Division de la Santé comportementale, Ministère de la Santé, Koror, Palaos
MA Hong	Centre national de Santé mentale, China-CDC, Beijing, Chine
George Mahy	University of the West Indies, Queen Elizabeth Hospital, Barbade
Rohit Malpani	Bureau régional de l'Asie Sud-Est, Organisation mondiale de la Santé, New Delhi, Inde
Douma Djibo Maïga	Ministère de la Santé publique, Niamey, Niger
Mohamed Mandour	Coopération italienne, Consulat général d'Italie, Jérusalem
Joseph Mbatia	Mental Health Unit, Ministère de la Santé, Dar es Salam, République Unie de Tanzanie

Nalaka Mendis	Université de Colombo, Sri Lanka
Céline Mercier	Centre de recherche, Hôpital Douglas, Québec, Canada
Thierry Mertens	Département de Planification stratégique et d'Innovation, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse
Judith Mesquita	Centre des Droits de l'homme, Université d'Essex, Colchester, Royaume-Uni
Jeffrey Metzner	Department of Psychiatry, University of Colorado, School of Medicine, Denver, CO, USA
Leen Meulenbergs	Service fédéral public de la Santé, Bruxelles, Belgique
Harry I. Minas	Centre for International Mental Health and Victorian Transcultural Psychiatry, Université de Melbourne, Australie
Alberto Minoletti	Service de santé mentale, Ministère de la Santé, Santiago, Chili
Paula Mogue	Ministère de la Santé, Maputo, Mozambique
Fernando Mora	Cabinet du Commissaire pour les Droits de l'homme, Conseil de l'Europe, Strasbourg, France
Paul Morgan	SANE, South Melbourne, Australie
Driss Moussaoui	Université psychiatrique, Centre Ibn Rushd, Casablanca, Maroc
Srinivasa Murthy	Bureau régional de la Méditerranée orientale, Organisation mondiale de la Santé, Le Caire, Egypte
Rebecca Muhlethaler	Comité spécial des ONG sur les Droits de l'homme, Genève, Suisse
Matt Muijen	Bureau régional de l'Europe, Organisation mondiale de la Santé, Copenhague, Danemark
Carmine Munizza	Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Turin, Italie
Shisram Narayan	St Giles Hospital, Suva, Fidji
Sheila Ndyanabangi	Ministère de la Santé, Kampala, Ouganda
Jay Neugeboren	New York, NY, USA
Frank Njenga	Psychiatrists' Association of Kenya, Nairobi, Kenya
Grayson Norquist	Institut national de santé mentale, Bethesda, MD, USA
Tanya Norton	Éthique, Commerce, Droits de l'homme et Législation sur la santé, Organisation mondiale de la Santé, Genève
David Oaks	MindFreedom Support Coalition International, USA
Olabisi Odejide	College of Medicine, University of Ibadan, Nigeria
Angela Ofori-Atta	Clinical Psychology Unit, University of Ghana, Medical School, Accra, Ghana
Richard O'Reilly	Département de Psychiatrie, University Campus, University of Western Ontario, Canada
Mehdi Paes Arrazi	Hôpital psychiatrique de l'Université Arrazi, Sale, Maroc
Rampersad Parasram	Ministère de la Santé, Port of Spain, Trinidad et Tobago
Vikram Patel	London School of Hygiene & Tropical Medicine, et Sangath Centre, Goa, Inde
Dixianne Penney	Institut de Recherche psychiatrique Nathan S. Kline, Orangeburg, New York, USA
Avanti Perera	Nawala, Sri Lanka
Michael L. Perlin	New York Law School, New York, USA
Yogan Pillay	Strategic Planning, National Department of Health, Prétoria, Afrique du Sud
Svetlana Polubinskaya	Institute of State and Law, Russian Academy of Sciences, Moscou, Fédération de Russie
Laura L. Post	Mariana Psychiatric Services, Saipan, Northern Mariana Islands, USA
Prema Ramachandran	Planning Commission, New Delhi, Inde

Bas Vam Ray	Fédération européenne des associations de familles de malades mentaux, Heverlee, Belgique
Darrel A. Regier	American Psychiatric Institute for Research and Education, Arlington, VA, USA
Brian Robertson	Département de Psychiatrie, University of Cape Town, Afrique du Sud
Julieta Rodriguez Rojas	Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica
Eric Rosenthal	Mental Disability Rights International, Washington DC, USA
Leonard Rubenstein	Physicians for Human Rights, Boston, MA, USA
Khalid Saeed	Institut de Psychiatrie, Rawalpindi, Pakistan
Ayesh M. Sammour	Santé mentale communautaire, Ministère de la Santé, Autorité palestinienne, Gaza
Aive Sarjas	Department of Social Welfare, Ministère de la Santé, Tallinn, Estonie
John Saunders	Schizophrenia Ireland, Dublin, Irlande
Ingeborg Schwarz	Union Inter-Parlementaire, Genève, Suisse
Stefano Sensi	Haut Commissariat des Nations unies pour les Droits de l'homme, Genève, Suisse
Radha Shankar	AASHA (Hope), Indira Nagar, Chennai, Inde
SHEN Yucun	Institut de Santé mentale, Université de Beijing, Chine
Naotaka Shinfuku	Centre international de recherche médicale, Kobe University Medical School, Japon
Carole Siegel	Institut de Recherche psychiatrique Nathan S. Kline, Orangeburg, New York, USA
Helena Silfverhielm	National Board of Health and Welfare, Stockholm, Suède
Joel Slack	Respect International, Montgomery, AL, USA
Alan Stone	Faculté de Droit et Faculté de Médecine, Université de Harvard, Cambridge, MA, USA
Zebulon Taintor	World Association for Psychosocial Rehabilitation, Department of Psychiatry, New York University Medical Center, New York, USA
Michele Tansella	Département de Médecine et de Santé publique, Université de Vérone, Italie
Daniel Tarantola	Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse
Jacob Taylor	Maryland, USA
Myriam Tebourbi	Haut Commissariat des Nations unies pour les Droits de l'homme, Genève, Suisse
Mrinali Thalgodapitiya	NEST, Gampaha District, Sri Lanka
Graham Thornicroft	PRISM, The Maudsley Institute of Psychiatry, Londres, Royaume-Uni
Giuseppe Tibaldi	Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Turin, Italie
E. Fuller Torrey	Stanley Medical Research Centre, Bethesda, MD, USA
Gombodorjiin Tsetsegdary	NCD & MNH Programme, Ministry of Health and Social Welfare, Ulaanbaatar, Mongolie
Bogdana Tudorache	Ligue roumaine pour la santé mentale, Bucarest, Roumanie
Judith Turner-Crowson	NIMH Community Support Programme, Kent, Royaume-Uni
Samuel Tyano	Association mondiale de Psychiatrie, Tel Aviv, Israël
Liliana Urbina	Bureau régional de l'Europe, Organisation mondiale de la Santé, Copenhague, Danemark
Pascale Van den Heede	Mental Health Europe, Bruxelles, Belgique
Marianna Várfalvi-Bogarne	Ministère de la Santé, Budapest, Hongrie

Uldis Veits Riga	Commission municipale de la Santé, Riga, Lettonie
Luc Vigneault	Association des Groupes de Défense des Droits en Santé mentale du Québec, Canada
WANG Liwei	Ministère de la Santé, Beijing, Chine
WANG Xiangdong	Bureau régional du Pacifique occidental, Organisation mondiale de la Santé, Manille, Philippines
Helen Watchirs	Regulatory Institution Network, Research School of Social Sciences, Canberra, Australie
Harvey Whiteford	The University of Queensland, Queensland Centre for Mental Health Research, Wacol, Australie
Ray G. Xerri	Ministère de la Santé, Floriana, Malte
XIE Bin	Centre de santé mentale de Shanghai, Shanghai, Chine
Derek Yach	Global Health Division, Yale University, New Haven, CT, USA
YU Xin	Institut de Santé mentale, Université de Beijing, Chine
Tuviah Zabow	Département de Psychiatrie, University of Cape Town, Afrique du Sud
Howard Zonana	Department of Psychiatry, Yale University, New Haven, CT, USA

L'OMS aimerait exprimer sa gratitude pour le généreux appui financier du Gouvernement de Norvège et du Réseau universitaire international de Genève (GIAN/RUIG) pour la préparation de l'Ouvrage de référence de l'OMS sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation. Elle remercie également les Gouvernements d'Italie, des Pays-Bas et de Nouvelle-Zélande, et Corporate Social Responsibility Europe, Johnson and Johnson, pour leur appui financier.

Mise en page et conception graphique: 2s) Graphicdesign

Table des matières

Préface	xv
Chapitre 1 Contexte de la législation sur la santé mentale	1
1. Introduction	1
2. Interface entre législation sur la santé mentale et politique de santé mentale	2
3. Protéger, promouvoir et améliorer les droits au moyen de la législation sur la santé mentale	3
3.1 Discrimination et santé mentale	3
3.2 Violations des droits de l'homme	4
3.3 Autonomie et liberté	5
3.4 Droits des délinquants malades mentaux	6
3.5 Promouvoir l'accès aux soins de santé mentale et à l'intégration dans la société	6
4. Législation séparée contre législation intégrée sur la santé mentale	7
5. Règlements, arrêtés de service, décrets ministériels	8
6. Instruments internationaux et régionaux des droits de l'homme liés aux droits des personnes atteintes de troubles mentaux	9
6.1 Instruments internationaux et régionaux des droits de l'homme	9
6.1.1 Charte internationale des Droits	10
6.1.2 Autres conventions internationales liées à la santé mentale	12
7. Principales normes des droits de l'homme applicables à la santé mentale	15
7.1 Principes des Nations unies pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale (Principes MI, 1991)	15
7.2 Règles standard sur l'égalité des chances pour les personnes atteintes d'incapacités (Règles standard, 1993)	16
8. Normes techniques	16
8.1 Déclaration de Caracas (1990)	16
8.2 Déclaration de Madrid (1996)	17
8.3 Normes techniques de l'OMS	17
8.4 Déclaration et cadre d'action de Salamanque sur l'éducation pour besoins spéciaux (1994)	17
9. Limitation des droits	17
Chapitre 2 Contenu de la législation sur la santé mentale	20
1. Introduction	20
2. Préambule et objectifs	20
3. Définitions	21
3.1 Maladie mentale et troubles mentaux	21
3.2 Incapacité mentale	24
3.3 Incapacité mentale (d'un point de vue juridique)	24
3.4 Troubles de la pensée	25
3.5 Définitions d'autres termes	28
4. Accès aux soins de santé mentale	29
4.1 Ressources financières pour les soins de santé mentale	30
4.2 Santé mentale dans les soins de base	31
4.3 Affecter des ressources aux populations insuffisamment desservies	31

4.4	Accès aux médicaments et aux interventions psychosociales	31
4.5	Accès à l'assurance maladie (et autres assurances)	32
4.6	Promouvoir les soins communautaires et la désinstitutionalisation	32
5.	Droits des usagers des services de santé mentale	34
5.1	Confidentialité	35
5.2	Accès à l'information	36
5.3	Droits et conditions dans les services de santé mentale	37
5.3.1	Environnement	38
5.3.2	Vie privée	38
5.3.3	Communication	39
5.3.4	Travail	39
5.4	Notification des droits	39
6.	Droits des familles et des soignants des personnes atteintes de troubles mentaux	42
7.	Compétence, capacité et tutelle	43
7.1	Définitions	44
7.2	Évaluation de l'incapacité	44
7.2.1	Capacité à prendre une décision de traitement	44
7.2.2	Capacité à choisir un décideur de substitution	44
7.2.3	Capacité à prendre une décision financière	45
7.3	Décider de l'incapacité et de l'incompétence	45
7.4	Tutelle	45
8.	Soins de santé mentale volontaires et non volontaires	48
8.1	Placement et traitement volontaires	48
8.2	Malades "non-protestants"	50
8.3	Placement d'office et traitement non volontaires	51
8.3.1	Approche combinée contre approche séparée du placement d'office et du traitement non volontaire	52
8.3.2	Critères pour le placement d'office	54
8.3.3	Procédure pour le placement d'office	55
8.3.4	Critères pour le traitement non volontaire (lorsque les procédures pour le placement et le traitement sont séparées)	58
8.3.5	Procédure pour le traitement non volontaire des personnes placées	59
8.3.6	Consentement par procuration pour le traitement	61
8.3.7	Traitement non volontaire en milieu communautaire	63
8.4	Situations d'urgence	66
8.4.1	Procédure pour le placement et le traitement non volontaires dans les situations d'urgence	66
9.	Exigences en matière de personnel pour déterminer des troubles mentaux	67
9.1	Niveau de compétences	67
9.2	Groupes professionnels	68
10.	Traitements spéciaux	68
10.1	Principales procédures médicales et chirurgicales	69
10.2	Psychochirurgie et autres traitements irréversibles	70
10.3	Traitement par électrochocs (ECT)	70
11.	Isolement et contrainte physique	71
12.	Recherche clinique et expérimentale	72
13.	Mécanismes de surveillance et de révision	74
13.1	Surveillance judiciaire ou quasi-judiciaire du placement/traitement non volontaire et autres restrictions de droits	74
13.1.1	Composition	76
13.2	Organe de surveillance et de réglementation	76
13.2.1	Composition	77

	13.2.2 Pouvoirs supplémentaires	77
	13.3 Plaintes et recours	78
	13.4 Garanties de procédure	78
14.	Responsabilités de la police vis-à-vis des personnes atteintes de troubles mentaux	80
	14.1 Pouvoirs de la police	80
	14.2 Répondre aux appels pour assistance	80
	14.3 Protection des personnes atteintes de troubles mentaux	80
	14.3.1 Lieu sûr	80
	14.3.2 Options de traitement	81
	14.3.3 Période de détention	81
	14.3.4 Notification rapide	81
	14.3.5 Examen des dossiers	82
15.	Dispositions législatives relatives aux délinquants malades mentaux	82
	15.1 Étapes précédant le procès dans le système judiciaire pénal	84
	15.1.1 Décision d'intenter des poursuites judiciaires	84
	15.2 Étape du procès dans le système judiciaire pénal	84
	15.2.1 Aptitude à passer en jugement	84
	15.2.2 Défense de la responsabilité pénale (troubles mentaux au moment de l'infraction)	85
	15.3 Étape post-procès (condamnation) dans le système judiciaire pénal	86
	15.3.1 Injonctions de mise en liberté conditionnelles et de traitement en milieu communautaire	86
	15.3.2 Injonctions hospitalières	87
	15.4 Étape post-condamnation (peine purgée en prison)	87
	15.5 Établissements pour délinquants malades mentaux	88
16.	Autres dispositions en faveur de la santé mentale	89
	16.1 Législation antidiscriminatoire	89
	16.2 Soins de santé généraux	90
	16.3 Logement	90
	16.4 Emploi	90
	16.5 Sécurité sociale	91
	16.6 Questions relatives aux droits fondamentaux	91
17.	Protection des groupes vulnérables – mineurs, femmes, minorités et réfugiés	92
	17.1 Mineurs	92
	17.2 Femmes	93
	17.3 Minorités	94
	17.4 Réfugiés	95
18.	Infractions et sanctions	95

Chapter 3

Processus: rédaction, adoption et application

de la législation sur la santé mentale 97

1.	Introduction	97
2.	Activités préliminaires	99
	2.1 Identifier les troubles mentaux et les obstacles aux soins de santé mentale	99
	2.2 Cartographier la législation liée à la santé mentale	100
	2.3 Étudier les conventions et normes internationales	101
	2.4 Examiner la législation sur la santé mentale d'autres pays	101
	2.5 Établir le consensus et négocier pour le changement	104
	2.6 Éduquer le public sur les questions relatives à la santé mentale et aux droits de l'homme	104

3.	Rédiger la législation sur la santé mentale	105
3.1	Processus de rédaction	105
3.2	Nécessité de la consultation	106
3.3	Convoquer la consultation	107
3.4	Processus et procédure pour la consultation	109
3.5	Langage de la législation	112
4.	Adoption de la législation	113
4.1	Processus législatif	113
4.1.1	Responsabilité pour l'adoption de la législation	113
4.1.2	Débat et adoption du projet de législation	113
4.1.3	Adoption, promulgation et publication de la nouvelle législation	114
4.2	Actions essentielles pendant l'adoption de la législation	115
4.2.1	Mobiliser l'opinion publique	115
4.2.2	Faire pression sur les membres des pouvoirs exécutif et législatif	115
5.	Mettre en oeuvre la législation sur la santé mentale	116
5.1	Importance et rôle des organes chargés de l'application	117
5.2	Diffusion et formation	118
5.2.1	Éducation et sensibilisation du public	119
5.2.2	Usagers, familles et organisations de sensibilisation	119
5.2.3	Santé mentale, santé et autres professionnels	120
5.2.4	Élaboration de matériels d'information et d'orientation	120
5.3	Ressources financières et humaines	121
	Références	124
	Bibliographie	129
	Annexes	
Annexe 1	Législation en santé mentale: Liste de contrôle OMS	130
Annexe 2	Résumé des dispositions et instruments internationaux principaux relatifs aux droits des personnes atteintes de troubles mentaux	168
Annexe 3	Principes des Nations unies pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale	170
Annexe 4	Extrait de la Déclaration OMS/PAHO de Caracas	179
Annexe 5	Extrait de la Déclaration de Madrid de l'Association mondiale de psychiatrie	180
Annexe 6	Exemple: Droits du malade, tels qu'ils sont définis dans le Connecticut, États-Unis d'Amérique	183
Annexe 7	Exemple: Droits des bénéficiaires des services de santé mentale, Department of Behavioral and Developmental Services, Maine, États-Unis d'Amérique	186
Annexe 8	Exemple: Fiches pour le placement et le traitement non volontaires (approche combinée) et formulaire d'appel, Victoria, Australie	188
Annexe 9	Exemple: Directives préalables de la Nouvelle-Zélande pour les malades mentaux	193

Préface

On peut améliorer la vie des personnes atteintes de troubles mentaux de plusieurs manières. Les politiques, les plans et les programmes qui mènent à de meilleurs services en sont un moyen important. En vue de mettre en œuvre ces politiques et plans, il faut une bonne législation – c'est-à-dire des lois qui placent les politiques et les plans dans le contexte des normes et des bonnes pratiques des droits de l'homme internationalement acceptées. Le présent Ouvrage de référence a pour but d'aider les pays à rédiger, adopter et mettre en œuvre une telle législation. Il ne prescrit pas un modèle législatif particulier, mais met plutôt en lumière les questions et les principes essentiels à incorporer dans la législation.

Comme cela se vérifie pour tous les aspects de la santé, les différences marquées dans les ressources financières et humaines disponibles dans les pays affectent la manière dont sont traitées les questions portant sur la santé mentale. En effet, les besoins qu'expriment les usagers des services de santé mentale, les familles, les prestataires de soins et les agents de santé dépendent fortement de la prestation de service actuelle et passée, et les attentes varient considérablement d'un pays à un autre. En conséquence, certains services et droits qui sont considérés comme allant de soi dans certains pays sont les objectifs que d'autres pays s'efforcent d'atteindre. Cependant, tous les pays peuvent faire des efforts pour améliorer les services de santé mentale, promouvoir et protéger les droits de l'homme en vue de mieux combler les besoins des personnes atteintes de troubles mentaux.

La plupart des pays peuvent améliorer considérablement la santé mentale s'ils disposent de ressources supplémentaires affectées spécifiquement à la santé mentale. Or, même lorsque les ressources sont limitées, on peut trouver les moyens – comme le démontre clairement cet ouvrage de référence – de faire respecter, protéger et appliquer les normes internationales des droits de l'homme. Dans certains cas, on peut entreprendre la réforme avec peu ou pas de ressources supplémentaires, bien qu'un niveau minimum de ressources soit toujours nécessaire pour atteindre même les buts élémentaires et, manifestement, il faudra engager des ressources supplémentaires – surtout dans les pays qui n'ont actuellement que des ressources minimales ou pas de ressources pour la santé mentale – si l'on veut que les normes internationales élémentaires des droits de l'homme soient respectées.

La législation peut être elle-même un moyen d'obtenir plus de ressources pour la santé mentale, d'améliorer les droits, les normes et les conditions de la santé mentale dans un pays. Cependant, pour qu'une loi ait un effet positif sur la vie des personnes atteintes de troubles mentaux, elle doit avoir des buts réalistes et accessibles. Une loi irréaliste qu'un pays ne peut pas faire appliquer ne sert à rien du tout, et peut entraîner des frais inutiles suite aux recours devant les tribunaux qu'elle entraîne, détournant ainsi des ressources du développement des services. Les organes législatifs ne doivent par conséquent voter une loi qu'après en avoir exploré les implications en matière de ressources. La question de savoir comment les objectifs définis dans cet Ouvrage de référence peuvent être atteints avec réalisme dans chaque pays devrait faire l'objet de l'attention de tous les lecteurs de cet Ouvrage.

Qu'offre cet Ouvrage de référence?

Les chapitres et les annexes de cet ouvrage contiennent de nombreux exemples d'expériences et de pratiques diverses, ainsi que des extraits de lois et d'autres documents de nature législative de différents pays. Ces exemples ne sont pas des recommandations ou des "modèles" à reproduire; ils sont plutôt conçus pour illustrer ce que différents pays font dans le domaine de la santé mentale, des droits de l'homme et de la législation.

Trois éléments fondamentaux d'une législation efficace sont décrits: le contexte, le contenu et le processus – en d'autres termes – le "pourquoi" le "quoi" et le "comment" de la législation sur la santé mentale. En outre, l'annexe 1 contient une Liste de contrôle sur la législation de la santé mentale qui peut être utilisée conjointement avec l'Ouvrage de référence. La liste de contrôle

est conçue pour aider les pays à évaluer si les composantes clés figurent dans leur législation sur la santé mentale, et à s'assurer que les recommandations générales contenues dans l'Ouvrage de référence sont examinées avec soin et prises en compte.

Tout au long de l'Ouvrage, il est aussi fait référence au WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package (Série de l'OMS sur la politique et les services de santé mentale). Cette série comprend des modules interdépendants portant sur des questions telles que l'élaboration de la politique de santé mentale, la sensibilisation, le financement et l'organisation des services, entre autres. Ces modules sont conçus pour aider les pays à étudier les questions essentielles relatives à la réforme de la santé mentale.

A qui s'adresse cet Ouvrage de référence ?

Divers individus, organisations et services publics peuvent trouver cet Ouvrage de référence utile. Plus spécifiquement, il s'adresse à ceux qui sont directement impliqués dans la rédaction ou l'amendement de la législation liée à la santé mentale, ainsi qu'à ceux qui sont chargés d'orienter la loi tout au long du processus d'adoption et de mise en oeuvre. Dans la plupart des pays, la probabilité est qu'il s'agisse de plusieurs personnes plutôt que d'un individu. C'est en exploitant l'Ouvrage de référence au sein d'une équipe et en discutant et débattant les points soulevés et leur pertinence culturelle et nationale spécifique qu'on peut utiliser au mieux ce document.

Outre ce groupe spécifique d'utilisateurs, le présent volume identifie de nombreux intervenants ayant des visées et des intérêts variés, et tous peuvent tirer profit de son utilisation: politiciens et parlementaires; décideurs; personnel des départements ministériels (santé, prévoyance sociale, justice, finances, éducation, travail, police et services correctionnels); professionnels de la santé (psychiatres, psychologues, infirmiers et assistants sociaux de psychiatrie) et organisations professionnelles; membres de famille des personnes atteintes de troubles mentaux; usagers et groupes d'utilisateurs; organisations de sensibilisation; institutions académiques; prestataires de service; organisations non-gouvernementales (ONG); groupes de défense des droits civiques; organisations religieuses; associations telles que syndicats, associations du personnel, patronat, associations de résidents et regroupements de communautés particulières; et organisations représentant des minorités et d'autres groupes vulnérables.

Certains lecteurs peuvent consulter l'Ouvrage de référence pour comprendre le contexte de la législation de santé mentale axée sur les droits de l'homme, d'autres pour mieux comprendre leur rôle potentiel ou apprécier ou débattre du bien-fondé de l'inclusion d'un article particulier. D'autres encore peuvent souhaiter examiner les tendances internationales ou évaluer comment elles peuvent contribuer au processus d'adoption ou de mise en oeuvre de la législation. Nous espérons que chacun trouvera ce dont il a besoin et que, en conséquence, la cause partagée consistant à promouvoir la santé mentale progressera grâce à l'adoption et à la mise en oeuvre d'une législation conforme aux normes et aux bonnes pratiques des droits de l'homme.

M Alexander Capron,
Directeur, Éthique, Commerce, Droits de l'homme et Droit de la santé

Dr Michelle Funk
Coordonnateur, Politique de Santé mentale et développement des services

Dr Benedetto Saraceno
Directeur, Santé mentale et abus de substances psychoactives

Chapitre 1 Contexte de la législation sur la santé mentale

1. Introduction

La législation sur la santé mentale a pour but fondamental de protéger, promouvoir et améliorer la vie et le bien-être mental des citoyens. Étant donné que chaque société a besoin de lois pour atteindre ses objectifs, la législation sur la santé mentale ne diffère en rien de toute autre législation.

Les personnes atteintes de troubles mentaux sont ou peuvent être particulièrement vulnérables aux abus et à la violation de leurs droits. Une législation qui protège les citoyens vulnérables (y compris les personnes atteintes de troubles mentaux) est le reflet d'une société qui se respecte et prend soin d'elle-même. Une législation progressive peut se révéler un outil efficace pour la promotion de l'accès aux soins de santé mentale et la protection des droits des personnes atteintes de troubles mentaux.

La présence d'une législation portant sur la santé mentale ne garantit cependant pas en elle-même le respect et la protection des droits de l'homme. Ironiquement, dans certains pays, en particulier ceux où la législation n'a pas été actualisée depuis plusieurs années, la législation sur la santé mentale a débouché sur la violation, plutôt que la promotion, des droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux. Il en est ainsi parce qu'une grande partie de la première législation sur la santé mentale avait été conçue dans l'intention de protéger le public des malades "dangereux" et de les isoler du public, plutôt que pour promouvoir les droits des personnes atteintes de troubles mentaux en tant que personnes et citoyens. D'autres législations autorisent la tutelle de longue durée de personnes atteintes de troubles mentaux qui ne constituent aucun danger pour la société, mais qui sont incapables de s'occuper d'elles-mêmes, ce qui a aussi abouti à une violation de droits de l'homme. Dans ce contexte, il est intéressant de noter que bien que 75% des pays dans le monde possèdent une législation portant sur la santé mentale, seulement la moitié (51%) ont des législations qui ont été adoptées après 1990, et presque un sixième (15%) ont une législation qui remonte à avant les années 1960 (OMS, 2001a). La législation de beaucoup de pays est par conséquent dépassée et, comme susmentionné, viole dans beaucoup de cas les droits de personnes atteintes de troubles mentaux, au lieu de les protéger.

La nécessité d'une législation portant sur la santé mentale résulte d'une compréhension croissante du poids personnel, social et économique des troubles mentaux dans le monde. On estime que près de 340 millions de personnes dans le monde sont affectées par la dépression, 45 millions par la schizophrénie et 29 millions par la démence. Les troubles mentaux représentent une proportion considérable de toutes les années de vie ajustées à l'incapacité (DALY) perdues, et les prévisions montrent que ce fardeau s'accroîtra considérablement dans l'avenir (OMS, 2001b).

Outre la souffrance évidente que causent les troubles mentaux, ceux qui en sont atteints font face en silence à la stigmatisation et à la discrimination. Dans les pays riches comme dans ceux à faible revenu, la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux a persisté tout au long de l'histoire, manifestée par des stéréotypes, la crainte, l'embarras, la colère, le refus et l'isolement. Les violations des droits de l'homme et des libertés fondamentales et la privation des droits civiques, politiques, économiques, sociaux et culturels de ceux qui souffrent de troubles mentaux sont monnaie courante à travers le monde, tant dans les institutions que dans la société. Les abus physiques, sexuels et psychologiques se conjuguent au quotidien pour beaucoup de personnes atteintes de troubles mentaux. De plus, ils sont les victimes d'une privation injuste d'opportunités d'emploi et de la discrimination dans l'accès aux services, à l'assurance maladie et aux plans de logement. La majorité de ces abus ne sont pas signalés et ce fardeau demeure par conséquent non-quantifié (Arboleda-Flórez, 2001).

La législation offre un mécanisme important permettant d'assurer des soins et un traitement adéquats et appropriés, la protection des droits des personnes atteintes de troubles mentaux et la promotion de la santé mentale des populations.

Ce chapitre couvre cinq domaines principaux:

- L'interface entre la législation sur la santé mentale et la politique de santé mentale;
- La protection, la promotion et l'amélioration de la vie au moyen de la législation sur la santé mentale;
- La législation séparée contre la législation intégrée pour la santé mentale;
- Les règlements, arrêtés de service et décrets ministériels;
- Les instruments internationaux essentiels des droits de l'homme liés aux droits des personnes atteintes de troubles mentaux.

2. Interface entre législation sur la santé mentale et politique de santé mentale

La législation sur la santé mentale représente un important moyen de renforcer les buts et objectifs de la politique. Lorsqu'elle est complète et bien conçue, la politique de santé mentale aborde des questions cruciales telles que:

- La création de services et d'établissements de santé mentale de bonne qualité;
- L'accès à des soins de santé mentale de qualité;
- La protection des droits de l'homme;
- Le droit au traitement des malades;
- L'élaboration de clauses de sauvegarde solides;
- L'intégration des personnes atteintes de troubles mentaux dans la société; et
- La promotion de la santé mentale dans la société.

La législation sur la santé mentale ou d'autres mécanismes légalement prescrits, tels que les règles ou déclarations, peuvent contribuer à atteindre ces buts en offrant un cadre juridique pour la mise en oeuvre et l'application.

Inversement, la législation peut être utilisée comme un cadre pour l'élaboration de la politique. Elle peut créer un système de droits exécutoires qui protègent les personnes atteintes de troubles mentaux de la discrimination et d'autres violations des droits de l'homme par l'État et les entités privées, et garantissant un traitement juste et égal dans tous les domaines de la vie. La législation peut définir des qualifications et des compétences minimales pour l'accréditation des professionnels de santé mentale et des normes de dotation en personnel minimales pour l'accréditation des services de santé mentale. En outre, elle peut créer des obligations de protection des minorités pour améliorer l'accès au traitement et à l'appui en matière de soins de santé mentale. Les protections légales peuvent être étendues au moyen de législations d'application générale ou par une législation spécialisée ciblant spécifiquement les personnes atteintes de troubles mentaux.

Les décideurs au sein du gouvernement (aux niveaux national, régional et de district), le secteur privé et la société civile, qui étaient jusqu'ici peu disposés à changer le statu quo, peuvent se voir obligés de le faire sur la base d'un mandat législatif; d'autres qui étaient limités dans l'élaboration de politiques progressives peuvent se retrouver plus libres grâce à des changements législatifs. Par exemple, les dispositions de la législation qui interdisent la discrimination contre les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent amener les décideurs à élaborer de nouvelles politiques pour la protection contre la discrimination, tandis qu'une législation qui encourage le traitement en milieu communautaire comme alternative aux placements d'office peut conférer aux décideurs une plus grande flexibilité dans la création et la mise en oeuvre de nouveaux programmes à base communautaire.

Il peut aussi arriver que la législation sur la santé mentale ait l'effet contraire, empêchant la mise en oeuvre de nouvelles politiques de santé mentale en raison de l'existence d'un cadre législatif. Les législations peuvent inhiber des objectifs de politique en imposant des exigences qui ne permettent pas les modifications de politique désirées ou empêchent ces modifications. Par exemple, dans beaucoup de pays les législations qui ne comprennent pas des dispositions relatives au traitement en milieu communautaire ont entravé la mise en oeuvre de politiques de traitement en milieu communautaire pour les personnes atteintes de troubles mentaux. En outre, la politique peut être entravée même dans le cadre de structures légales favorables par manque de pouvoirs d'application.

La politique et la législation sont deux approches complémentaires qui visent à améliorer les soins et les services de santé mentale, mais en l'absence de volonté politique, de ressources suffisantes, d'institutions fonctionnant convenablement, de services d'appui communautaire et de personnel bien formé, la meilleure politique et la meilleure législation n'ont que peu d'impact. Par exemple, la législation d'intégration communautaire susmentionnée ne réussira pas si les ressources fournies sont insuffisantes pour la création de services à base communautaire, de services et de programmes de réadaptation. Bien que la législation puisse stimuler la création de telles infrastructures, services et programmes, les législateurs et les décideurs doivent faire le suivi afin de concrétiser tous les avantages des efforts d'intégration communautaire. Toutes les politiques de santé mentale ont besoin d'appui politique pour s'assurer que la législation est correctement mise en oeuvre. L'appui politique est aussi requis pour sanctionner la législation après qu'elle a été adoptée en vue de corriger toutes les situations non volontaires qui pourraient nuire aux objectifs de la politique.

En résumé, la législation sur la santé mentale et la politique de santé mentale sont étroitement liées. La législation sur la santé mentale peut influencer sur l'élaboration et la mise en oeuvre de la politique, et l'inverse est tout aussi vrai. La politique de santé mentale s'appuie sur le cadre juridique pour atteindre ses objectifs, à savoir protéger les droits et améliorer la vie des personnes affectées par les troubles mentaux.

3. Protéger, promouvoir et améliorer les droits au moyen de la législation sur la santé mentale

Conformément aux objectifs de la Charte des Nations unies et des accords internationaux, les droits de l'homme sont le fondement de la législation sur la santé mentale. Parmi les droits et principes essentiels figurent l'égalité et la non-discrimination, le droit au respect de la vie privée et à l'autonomie individuelle, à la protection contre les traitements inhumains et dégradants, le principe de l'environnement le moins restrictif et les droits à l'information et à la participation. La législation sur la santé mentale est un outil puissant pour la codification et la consolidation de ces valeurs et principes fondamentaux. De même, ne pas pouvoir accéder aux soins constitue une violation du droit de chacun à la santé, et l'accès peut être inclus dans la législation. La présente section présente un certain nombre de raisons interdépendantes expliquant pourquoi la législation sur la santé mentale est nécessaire, une attention spéciale étant accordée aux thèmes des droits de l'homme et de l'accès aux services.

3.1 Discrimination et santé mentale

La législation est nécessaire pour prévenir la discrimination contre les personnes atteintes de troubles mentaux. La discrimination prend généralement plusieurs formes, affecte plusieurs domaines fondamentaux de la vie et (à dessein ou involontairement) est envahissante. La discrimination peut influencer sur l'accès d'une personne au traitement et à des soins adéquats ainsi que sur d'autres domaines de la vie, y compris l'emploi, l'éducation et le logement. L'incapacité à s'intégrer correctement dans la société par suite de ces entraves peut accroître l'isolement d'un individu, ce qui peut à son tour aggraver les troubles mentaux. Les politiques qui accroissent ou ignorent la stigmatisation liée aux troubles mentaux peuvent exacerber cette discrimination.

Le gouvernement lui-même peut faire de la discrimination en excluant les personnes atteintes de troubles mentaux de beaucoup d'activités de citoyenneté telles que le vote, la conduite de véhicules, la possession et l'utilisation de biens immobiliers, l'exercice des droits à la reproduction sexuelle et au mariage, et l'accès aux tribunaux. Dans beaucoup de cas, les législations ne font pas de discrimination active contre les personnes atteintes de troubles mentaux, mais placent sur leur chemin des barrières et des fardeaux inappropriés ou inutiles. Par exemple, alors que la législation du travail d'un pays peut protéger une personne contre le licenciement abusif, rien n'oblige un employeur à placer temporairement une personne à un poste moins stressant, si celle-ci a besoin de répit pour se remettre d'une rechute de son affection mentale. Il peut en résulter que la personne fasse des erreurs ou n'arrive pas à achever son travail, et qu'elle soit par conséquent renvoyée pour incompetence et incapacité à remplir les fonctions assignées. La discrimination peut aussi avoir lieu contre des personnes sans troubles mentaux du tout si elles sont considérées par erreur comme ayant des troubles mentaux ou si elles ont eu des troubles mentaux antérieurs. Les protections contre la discrimination dans le droit international vont donc beaucoup plus loin que l'élimination simple des lois qui explicitement ou délibérément excluent ou privent d'opportunités les personnes atteintes d'incapacités; elles s'attaquent également aux législations qui ont pour effet de priver de droits et de libertés (voir, par exemple, l'article 26 de la *Convention internationale sur les droits civiques et politiques des Nations Unies*).

3.2 Violations des droits de l'homme

Le caractère vital de la législation sur la santé mentale axée sur les droits de l'homme s'explique entre autres par les violations passées et en cours de ces droits. Le public, certaines autorités sanitaires et même des agents de santé ont, à un moment ou un autre, et à différents endroits, violé – et dans certains cas continuent de violer – les droits des personnes atteintes de troubles mentaux d'une manière flagrante et extrêmement abusive. Dans beaucoup de sociétés, la vie des personnes atteintes de troubles mentaux est extrêmement dure. La marginalisation économique l'explique en partie; cependant, la discrimination et l'absence de protections juridiques contre un traitement inapproprié et abusif sont des éléments contributifs importants. Les personnes atteintes de troubles mentaux sont souvent privées de leur liberté pendant de longues périodes sans procédure légale (bien que quelquefois aussi avec une procédure légale injuste par laquelle, par exemple, la détention est autorisée sans calendrier strict ou rapports périodiques). Elles sont souvent soumises au travail forcé, négligées dans des environnements institutionnels durs et privées de soins de santé de base. Elles sont également exposées à la torture ou à d'autres traitements cruels, inhumains ou dégradants, y compris l'exploitation sexuelle et les abus physiques, souvent dans des établissements psychiatriques.

En outre, certaines personnes sont placées et soignées dans des établissements de santé mentale où elles restent fréquemment à vie contre leur volonté. Les questions portant sur le consentement au placement et au traitement sont ignorées, et les évaluations indépendantes de la capacité ne sont pas toujours effectuées. En d'autres termes, beaucoup de personnes sont détenues contre leur volonté dans des établissements, bien qu'elles soient capables de prendre des décisions sur leur avenir. En revanche, lorsqu'il y a pénurie de lits d'hôpital, le fait de ne pas admettre des personnes qui ont besoin de traitement en hospitalisation ou de les faire sortir prématurément (ce qui peut mener à des taux de ré-hospitalisation élevés et quelquefois même à la mort), constitue aussi une violation de leur droit à recevoir un traitement.

Les personnes atteintes de troubles mentaux sont exposées aux violations à l'intérieur et à l'extérieur du milieu institutionnel. Même dans leurs propres communautés et familles, par exemple, il y a des cas de personnes qui sont enfermées dans des espaces confinés, enchaînées à des arbres et abusées sexuellement.

Exemples de traitement inhumain et dégradant de personnes atteintes de troubles mentaux

La BBC (1998) a rapporté comment dans un pays, des personnes sont enfermées dans des hôpitaux psychiatriques traditionnels où elles sont constamment enchaînées et régulièrement battues. Pourquoi? Parce qu'on croit que la maladie mentale est démoniaque et que les affligés sont possédés par de mauvais esprits.

Une ONG qui fait campagne pour les droits des personnes atteintes de troubles mentaux a documenté la négligence et les mauvais traitements dont sont victimes des enfants et des adultes dans des établissements du monde entier. Des cas d'enfants attachés à leurs lits, dormant dans des lits ou avec des vêtements souillés, et ne recevant ni stimulation ni réadaptation pour leur état, ne sont pas rares.

Une autre ONG a rapporté que certains pays continuent à enfermer des malades dans des "lits-cages" pendant des heures, des jours, des semaines et quelquefois même des mois ou des années. Un rapport a indiqué que deux malades ont vécu dans ces appareils presque 24 heures par jour pendant au moins les 15 dernières années. Les personnes enfermées dans des lits-cages sont aussi souvent privées de toute forme de traitement, y compris de médicaments et de programmes de réadaptation.

Il est aussi bien documenté que dans beaucoup de pays, les personnes atteintes de troubles mentaux vivent avec leurs familles ou tout seuls et ne reçoivent aucune aide de l'État. La stigmatisation et la discrimination liées aux troubles mentaux signifient qu'elles demeurent enfermées chez elles et ne peuvent pas participer à la vie publique. L'absence de services à base communautaire et d'appui les laisse aussi abandonnées et tenues à l'écart de la société.

3.3 Autonomie et liberté

Une raison importante pour laquelle il faut élaborer une législation sur la santé mentale est de protéger l'autonomie et la liberté des personnes. La législation peut le faire de plusieurs manières. Par exemple, elle peut:

- Encourager l'autonomie en s'assurant que les services de santé mentale sont accessibles aux personnes qui souhaitent les utiliser;
- Définir des critères clairs, objectifs pour les placements d'office, et, autant que possible, encourager les placements volontaires;
- Prévoir des clauses de sauvegarde spécifiques pour les personnes commises d'office, telles que le droit de demander l'examen et la révision des décisions de traitement ou de placement obligatoire;
- Stipuler que personne ne soit soumis à un placement d'office lorsqu'une alternative est faisable;
- Prévenir des restrictions inappropriées sur l'autonomie et la liberté dans les hôpitaux eux-mêmes (par exemple les droits d'association, de confidentialité et d'intervention dans les plans de traitement peuvent être protégés); et
- Protéger la liberté et l'autonomie dans la vie civile et politique grâce, par exemple, à l'inclusion dans la législation du droit de vote et du droit aux différentes libertés dont jouissent les autres citoyens.

En outre, la législation peut permettre aux personnes atteintes de troubles mentaux, à leurs parents ou à d'autres représentants désignés, de participer à la planification du traitement et à d'autres décisions en tant que protecteur et avocat. Bien que la plupart des parents agissent dans les meilleurs intérêts d'un membre de leur famille atteint de troubles mentaux, dans les situations où les parents n'ont pas de liens étroits avec les malades, ou ont un mauvais jugement

ou un conflit d'intérêt, il peut ne pas être approprié de permettre aux membres de famille de participer aux décisions-clés, ou même d'avoir accès à des informations confidentielles sur la personne. Par conséquent la législation doit équilibrer l'habilitation des membres de famille à protéger les droits de la personne avec des garanties en ce qui concerne des parents qui pourraient avoir des arrière-pensées ou un mauvais jugement.

Les personnes atteintes de troubles mentaux sont parfois soumises à des violences. Bien que le public perçoive souvent ces personnes comme étant des individus violents qui sont un danger pour autrui, la réalité est qu'elles sont plus souvent victimes que coupables. Quelquefois cependant, il peut y avoir un conflit apparent entre le droit de l'individu à l'autonomie et l'obligation de la société à protéger tout le monde. Cette situation peut survenir lorsque les personnes atteintes de troubles mentaux constituent un risque pour elles-mêmes et autrui à cause d'un affaiblissement de leur capacité de prise de décision et de troubles comportementaux associés aux troubles mentaux. Dans ces circonstances, la législation doit prendre en considération le droit des individus à la liberté et leur droit à prendre des décisions concernant leur propre santé, ainsi que les obligations de la société à protéger les personnes incapables de s'occuper d'elles-mêmes, à protéger toutes les personnes contre le mal, et à préserver la santé de la population tout entière. Cet ensemble complexe de variables nécessite un examen minutieux quand la législation est élaborée, et de la sagesse dans sa mise en oeuvre.

3.4 Droits des délinquants malades mentaux

La nécessité d'être légalement juste vis-à-vis des personnes qui ont commis une infraction apparente à cause de troubles mentaux, et de prévenir l'abus de personnes atteintes de troubles mentaux qui se retrouvent impliquées dans le système judiciaire pénal, constitue une raison supplémentaire pour laquelle la législation sur la santé mentale est essentielle. La plupart des textes de loi reconnaissent que les personnes qui n'exerçaient pas de contrôle sur leurs actions en raison de troubles mentaux au moment de la commission de l'infraction, ou qui sont incapables de comprendre et de participer aux débats au tribunal pour cause de maladie mentale, ont besoin de clauses de sauvegarde au moment du procès et de la condamnation. Mais la manière dont ces individus sont abordés et traités n'est pas souvent présentée dans la législation ou, si elle l'est, la présentation est mal faite, menant à des violations de droits de l'homme.

La législation sur la santé mentale peut définir des procédures sur la manière de traiter les personnes atteintes de troubles mentaux à différentes étapes de la procédure légale (voir la section 15 ci-dessous).

3.5 Promouvoir l'accès aux soins de santé mentale et à l'intégration dans la société

Le droit fondamental aux soins de santé, y compris les soins de santé mentale, est inscrit dans plusieurs conventions et normes internationales. Cependant, les services de santé mentale dans beaucoup d'endroits dans le monde sont peu financés, insuffisants et d'accès difficile pour les personnes qui en ont besoin. Certains pays ont à peine des services, tandis que dans d'autres les services ne sont disponibles que pour certaines couches de la population. Les troubles mentaux affectent quelquefois la capacité des gens à prendre des décisions qui concernent leur santé et leur comportement, d'où des difficultés supplémentaires dans la recherche et l'acceptation du traitement requis.

La législation peut garantir que les services de santé et les autres services de protection sociale fournissent des soins et un traitement appropriés en temps et lieux opportuns. Elle peut contribuer à rendre les services de santé mentale plus accessibles, acceptables et de qualité adéquate, donnant ainsi aux personnes atteintes de troubles mentaux de meilleures opportunités d'exercer leur droit à recevoir un traitement approprié. Par exemple, la législation et/ou les règles qui l'accompagnent peuvent comprendre une déclaration de responsabilité pour:

- Créer et entretenir des services à base communautaire;
- Intégrer les services de santé mentale dans les soins de santé primaires;
- Intégrer les services de santé mentale dans les autres services sociaux;
- Fournir des soins aux personnes incapables de prendre des décisions de santé à cause de leurs troubles mentaux;
- Définir des conditions minimales pour le contenu, l'étendue et la nature des services;
- Assurer la coordination de différents types de services;
- Définir les normes de dotation en personnel et de ressources humaines;
- Définir les normes de qualité des soins et des mécanismes de contrôle de qualité; et
- Assurer la protection des droits individuels et encourager des activités de sensibilisation parmi les usagers de la santé mentale.

Beaucoup de politiques progressives de santé mentale visent à accroître les opportunités des personnes atteintes de troubles mentaux pour que celles-ci mènent une vie satisfaisante dans la société. La législation peut les stimuler si elle: i) prévient l'internement inapproprié; et ii) prévoit des infrastructures, services, programmes, personnel, protections et opportunités appropriés pour permettre aux personnes atteintes de troubles mentaux de s'épanouir dans la société.

La législation peut également jouer un rôle important en veillant à ce qu'une personne qui souffre de troubles mentaux puisse participer à la vie de la communauté. Les préalables à cette participation comprennent l'accès au traitement et aux soins, un environnement favorable, le logement, les services de réadaptation (ex. : la formation aux compétences professionnelles et de la vie courante), l'emploi, la non-discrimination et l'égalité, et les droits civiques et politiques (ex. : droit de vote, de conduite de véhicules et d'accès aux tribunaux). Tous ces services communautaires et protections peuvent être mis en oeuvre au moyen de la législation.

Bien sûr, le niveau des services qui peuvent être rendus disponibles dépend des ressources du pays. Une législation qui contient des dispositions inapplicables et irréalistes demeure inefficace et impossible à mettre en oeuvre. De plus, les services de santé mentale sont souvent en retard sur les autres services de santé ou ne sont pas fournis d'une manière appropriée ou efficiente. La législation peut faire une grande différence en assurant leur parité avec les autres services de santé, et en veillant que ce qui est fourni soit approprié aux besoins.

La fourniture d'assurance médicale constitue un autre domaine où la législation peut jouer un rôle de facilitation. Dans beaucoup de pays, les plans d'assurance médicale excluent le paiement de soins de santé mentale ou offrent des niveaux de couverture inférieurs pour des périodes de temps plus courtes. Il s'agit d'une violation du principe d'accessibilité par la discrimination et la création de barrières économiques à l'accès aux services de santé mentale. En incluant des dispositions sur l'assurance médicale, la législation peut faire en sorte que les personnes atteintes de troubles mentaux puissent recevoir le traitement dont elles ont besoin.

4. Législation séparée contre législation intégrée sur la santé mentale

On peut approcher la législation sur la santé mentale de différentes façons. Dans certains pays, il n'y a pas de législation séparée sur la santé mentale, et les dispositions relatives à la santé mentale sont insérées dans d'autres législations pertinentes. Par exemple, les questions concernant la santé mentale peuvent être incorporées dans la santé générale, l'emploi, le logement ou la législation judiciaire pénale. À l'autre bout du spectre, certains pays ont consolidé la législation sur la santé mentale, regroupant toutes les questions ayant une pertinence pour la santé mentale dans une loi unique. Beaucoup de pays ont combiné ces approches, intégrant ainsi des composantes et une loi spécifique sur la santé mentale.

Chacune de ces approches comporte des avantages et des inconvénients. La législation consolidée permet une adoption et une promulgation faciles, sans la nécessité d'amendements multiples des lois existantes. Le processus de rédaction, d'adoption et de mise en oeuvre d'une législation consolidée fournit aussi une bonne opportunité de sensibiliser le public aux troubles

mentaux et d'éduquer les décideurs et le public sur les questions relatives aux droits de l'homme, à la stigmatisation et à la discrimination. Cependant, la législation consolidée accentue la ségrégation de la santé mentale et des personnes atteintes de troubles mentaux; elle peut donc potentiellement renforcer la stigmatisation et les préjugés contre les personnes atteintes de troubles mentaux.

Les avantages de l'insertion des dispositions relatives aux troubles mentaux dans une législation pertinente non-spécifique sont qu'elle réduit la stigmatisation et accentue l'intégration dans la société des personnes atteintes de troubles mentaux. Par ailleurs, puisqu'elle fait partie d'une législation qui bénéficie à une frange beaucoup plus large de la population, les chances que les lois promulguées pour le bien des personnes atteintes de troubles mentaux soient réellement appliquées sont accrues. Parmi les principaux inconvénients liés à une "législation dispersée" figurent la difficulté à assurer la couverture de tous les aspects législatifs pertinents pour les personnes atteintes de troubles mentaux; les processus de procédure visant à protéger les droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux peuvent être très détaillés et complexes et inappropriés dans une législation autre qu'une législation spécifique sur la santé mentale. En outre, une législation dispersée exige plus de temps législatif à cause de la nécessité d'amendements multiples à la législation existante.

Rien ne prouve qu'une approche l'emporte nettement sur l'autre. Une approche combinée, impliquant l'incorporation des questions relatives à la santé mentale dans d'autres législations et l'existence d'une législation spécifique sur la santé mentale sont plus susceptibles de satisfaire à la complexité des besoins des personnes atteintes de troubles mentaux. Cependant, cette décision dépendra de la situation des pays.

Pendant la rédaction d'une législation consolidée sur la santé mentale, d'autres lois (par exemple sur la justice pénale, la prévoyance sociale, l'éducation) devront aussi être amendées afin de s'assurer que les dispositions de toutes les lois pertinentes ne se contredisent pas mutuellement.

Exemple: Amender toutes les lois liées à la santé mentale aux Fidji

Pendant le processus de réforme de la législation sur la santé mentale aux Fidji, 44 lois différentes ont été recensées pour examen en vue de s'assurer qu'il n'y avait pas de disparités entre la nouvelle loi sur la santé mentale et la loi existante. En outre, les règles du Code pénal et de la Magistrature ont été examinées et plusieurs articles ont été notés comme nécessitant des changements afin de maintenir la cohérence juridique.

Rapport de mission de l'OMS, 2003

5. Règlements, arrêtés de service, décrets ministériels

La législation sur la santé mentale ne doit pas être considérée comme un événement, mais comme un processus progressif qui évolue avec le temps. Il s'ensuit nécessairement que la législation est examinée, révisée et amendée à la lumière des progrès dans le domaine des soins, du traitement et de la réadaptation en matière de troubles mentaux, et des améliorations dans le développement et la prestation des services. Il est difficile de préciser la fréquence avec laquelle la législation sur la santé mentale doit être amendée; cependant, lorsque les ressources le permettent, une périodicité de 5 à 10 années pour les amendements paraît appropriée.

Dans la réalité, de fréquents amendements de la législation sont difficiles à cause de la durée et des coûts financiers d'un processus d'amendement et de la nécessité de consulter toutes les parties prenantes avant de changer la loi. Une solution est de prévoir dans la législation des dispositions permettant l'établissement de règles pour des actions particulières susceptibles de

nécessiter des modifications constantes. Les détails ne sont pas inscrits dans la législation, mais des dispositions décrivent ce qui peut être réglementé et le processus de création et d'examen des règles. Par exemple, dans la loi sud-africaine, les règles d'accréditation des professionnels de santé mentale ne sont pas spécifiées dans la législation, mais font partie des règles. La législation spécifie qui est chargé de définir les règles et les principes généraux sur lesquels ces règles sont basées. L'avantage de l'utilisation de règles de cette manière est de permettre des modifications fréquentes aux règles d'accréditation sans exiger un long processus d'amendement de la législation fondamentale. Les règles peuvent ainsi conférer de la souplesse à la législation sur la santé mentale.

D'autres alternatives aux règles dans certains pays sont l'usage de décrets ministériels et d'arrêtés de service. Ce sont souvent des solutions à court et moyen termes dans lesquelles, pour différentes raisons, des interventions intérimaires sont nécessaires. Par exemple, au Pakistan une ordonnance amendant la législation sur la santé mentale a été publiée en 2001, bien que l'Assemblée nationale et le Sénat eussent été suspendus suite à une proclamation d'urgence. Le préambule de l'ordonnance déclarait que les circonstances du moment rendaient nécessaire une "action immédiate" (Ordonnance du Pakistan N° VIII de 2001). La majorité des personnes concernées par la santé mentale estimaient que cela était nécessaire et désirable, étant donné que la législation existante était dépassée. Néanmoins, l'émission d'une telle ordonnance doit être ratifiée par l'organe élu dans un délai précis, comme c'est le cas au Pakistan, pour s'assurer qu'une législation potentiellement rétrograde et/ou antidémocratique ne persiste pas.

6. Instruments internationaux et régionaux des droits de l'homme liés aux droits des personnes atteintes de troubles mentaux

Les exigences de la législation internationale des droits de l'homme, y compris les instruments des Nations unies et régionaux des droits de l'homme, doivent constituer le cadre de rédaction de la législation nationale portant sur les personnes atteintes de troubles mentaux ou régissant la santé mentale et les systèmes de services sociaux. Les documents internationaux sur les droits de l'homme s'inscrivent généralement dans deux catégories: ceux qui lient juridiquement les États qui ont ratifié les conventions, et ceux qui sont connus sous le nom de "normes" internationales des droits de l'homme, considérées comme des directives consignées dans des déclarations, des résolutions ou des recommandations internationales publiées principalement par des organes internationaux. Des exemples de la première catégorie sont les conventions internationales des droits de l'homme telles que la Convention Internationale sur les Droits Civiques et Politiques (ICCPR, 1966) et la Convention Internationale sur les Droits Économiques, Sociaux et Culturels (ICESR, 1966). La deuxième catégorie, qui comprend les résolutions de l'Assemblée générale des Nations unies telles que les Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale (Principes MI, 1991), bien que n'étant pas juridiquement contraignantes, doivent influencer sur la législation dans les pays, puisqu'elles représentent un consensus de l'opinion internationale.

6.1 Instruments internationaux et régionaux des droits de l'homme

Selon une fausse idée répandue, les instruments des droits de l'homme liés spécifiquement à la santé et à l'incapacité mentales étant des résolutions non contraignantes plutôt que contraignantes, la législation sur la santé mentale n'est donc soumise qu'à la discrétion domestique des gouvernements. Il n'en est pas ainsi, puisque les gouvernements sont tenus, aux termes de la législation internationale des droits de l'homme, de veiller à ce que leurs politiques et pratiques soient conformes aux lois internationales sur les droits de l'homme – y compris la protection des personnes atteintes de troubles mentaux.

Les organes de contrôle des traités aux niveaux international et régional ont pour rôle de surveiller et contrôler l'application des traités internationaux sur les droits de l'homme par les États qui les ont ratifiés. Les Gouvernements qui ratifient un traité conviennent de faire rapport

régulièrement sur les mesures qu'ils prennent pour mettre en oeuvre le traité au niveau interne par des changements dans la législation, la politique et la pratique. Les organisations non-gouvernementales (ONG) peuvent aussi fournir des informations pour appuyer les activités des organes de contrôle. Les organes de contrôle des traités examinent les rapports, en prenant en considération toute information que leur fournissent les ONG et les autres organes compétents, et publient leurs recommandations et suggestions dans des "observations finales" qui peuvent comprendre une conclusion selon laquelle un gouvernement n'a pas rempli ses obligations aux termes du traité. Le processus international et régional de surveillance et de rapport fournit donc une opportunité d'éduquer le public sur un domaine juridique spécialisé. Ce processus peut être un moyen puissant de contraindre les gouvernements à appliquer les droits basés sur les conventions.

Les organes chargés des traités du système européen et inter-américain des droits de l'homme ont également créé des mécanismes de plaintes individuelles qui permettent aux victimes individuelles de violations de droits de l'homme de faire entendre leurs cas et de demander des réparations de leurs gouvernements.

La présente section fournit une vue d'ensemble de certaines des dispositions clés des instruments des droits humains internationaux et régionaux qui sont en rapport avec les droits des personnes atteintes de troubles mentaux.

6.1.1 Charte internationale des Droits

La Déclaration Universelle de Droits de l'Homme (1948), avec la Convention internationale sur les droits civiques et politiques (ICCPR, 1966) et la Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels (ICESCR, 1966), constituent ensemble ce qui est connu sous le nom de "Charte internationale des Droits". L'Article 1 de la Déclaration Universelle de Droits de l'Homme, adoptée par les Nations unies en 1948, stipule que tous les hommes naissent libres et égaux en droits et en dignité. Les personnes atteintes de troubles mentaux ont donc elles aussi le droit à la jouissance et à la protection de leurs droits humains fondamentaux.

En 1996, la Commission des droits économiques, sociaux et culturels a adopté le Commentaire général 5, qui détaille l'application de la Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels (ICESCR) aux personnes atteintes d'incapacités mentales et physiques. Les Commentaires généraux, que produisent les organes de surveillance des droits de l'homme, sont une source importante d'interprétation des articles des conventions des droits de l'homme. Les commentaires généraux ne sont pas contraignants, mais ils représentent la position officielle de l'organe de surveillance des droits de l'homme quant à l'interprétation appropriée de la convention.

La Commission des droits de l'Homme des Nations unies, créée pour contrôler l'ICCPR, n'a pas encore publié un commentaire général spécifique sur les droits des personnes atteintes de troubles mentaux. Il a publié le Commentaire général 18, qui définit la protection contre la discrimination à l'encontre des personnes atteintes d'incapacités aux termes de l'article 26.

Une obligation fondamentale des droits de l'homme dans tous les trois instruments est la protection contre la discrimination. Le Commentaire général 5 spécifie en outre que le droit à la santé comprend le droit d'accéder aux services de réadaptation, ce qui implique aussi le droit d'accéder aux services qui améliorent l'autonomie et d'en bénéficier. Le droit à la dignité est aussi protégé dans le Commentaire général 5 de l'ICESCR ainsi que de l'ICCPR. Parmi les autres droits importants spécifiquement protégés dans la Charte internationale des Droits figurent le droit à l'intégration dans la société, le droit à un logement raisonnable (Commentaire général 5 de l'ICESCR), le droit à la liberté et la sécurité des personnes (Article 9 de l'ICCPR) et la nécessité de mesures antidiscriminatoires en vue de protéger les droits des personnes ayant des incapacités, y compris les personnes atteintes de troubles mentaux.

Le droit à la santé, tel que l'affirment divers instruments internationaux

L'article 12 de la Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels (ICESCR) établit le droit de chacun à bénéficier du niveau le plus élevé accessible de santé physique et mentale. Le droit à la santé est aussi reconnu dans les autres conventions internationales, notamment l'article 5e)iv) de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale de 1965, les articles 11.1f) et 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes de 1979, et l'article 24 de la Convention sur les droits de l'enfant de 1989. Plusieurs instruments régionaux des droits de l'homme reconnaissent aussi le droit à la santé, notamment la Charte sociale européenne de 1996, telle que révisée (Art. 11), la Charte africaine sur les droits humains et des peuples de 1981 (Art. 16), et le Protocole supplémentaire à la Convention américaine sur les droits de l'homme dans le domaine des droits économiques, sociaux et culturels de 1988 (Art. 10).

Le Commentaire général 14 de la Commission des droits économiques, sociaux et culturels vise à aider les pays dans la mise en oeuvre de l'article 12 de l'ICESCR. Le Commentaire général 14 précise que le droit à la santé comprend à la fois des libertés et des droits, ce qui inclut le droit de contrôler sa santé et son corps, y compris la liberté sexuelle et reproductrice, et le droit d'être libre de toute entrave, tel que le droit de ne pas être soumis à la torture, au traitement médical et à l'expérimentation non-consensuels. Les droits comprennent aussi celui de bénéficier d'un système de protection de la santé qui fournit à tous la même opportunité de jouir du plus haut niveau de santé accessible. Selon le Comité, le droit à la santé comprend les éléments interdépendants suivants:

- (i) *La disponibilité*, c.-à-d. les infrastructures et services de soins de santé doivent être disponibles en quantité suffisante.
- (ii) *L'accessibilité*, qui comprend:
 - la non-discrimination, c.-à-d. les soins et services de santé doivent être disponibles à tous sans aucune discrimination;
 - l'accessibilité physique, c.-à-d. les infrastructures et services de santé doivent être à une portée physique sans danger, en particulier pour les populations désavantagées et vulnérables;
 - l'accessibilité économique, c.-à-d. les paiements doivent être basés sur le principe de l'équité et abordables pour tous; et
 - l'accessibilité des informations, c.-à-d. le droit de demander, recevoir et communiquer des informations et idées sur les questions de santé.
- (iii) *L'acceptabilité*, c.-à-d. les infrastructures et services de santé doivent respecter l'éthique médicale et être culturellement appropriés.
- (iv) *La qualité*, c.-à-d. les infrastructures et services de santé doivent être scientifiquement appropriés et de bonne qualité.

Le Commentaire général 14 déclare en outre que le droit à la santé impose trois types ou niveaux d'obligations aux pays: les obligations de *respecter*, *protéger* et *réaliser*. L'obligation de *respecter* exige des pays de s'abstenir de perturber, directement ou indirectement, l'exercice du droit à la santé. L'obligation de *protéger* exige que les pays prennent des mesures pour empêcher des tierces parties de rendre inopérantes les garanties prévues à l'article 12. Enfin, l'obligation de *réaliser* contient les obligations de faciliter, fournir et promouvoir. Elle exige que les pays adoptent des mesures législatives, administratives, budgétaires, judiciaires, promotionnelles et autres appropriées en vue de la pleine réalisation du droit à la santé.

L'article 7 de l'ICCPR protège contre la torture, le traitement cruel, inhumain ou dégradant, et s'applique aux établissements médicaux, surtout les établissements qui fournissent des soins psychiatriques. Le Commentaire général sur l'article 7 demande aux gouvernements de "fournir des informations sur les détentions dans les hôpitaux psychiatriques, les mesures prises pour prévenir les abus, le processus des appels prévu pour les personnes placées dans des établissements psychiatriques et les plaintes enregistrées pendant la période de rapport".

On peut accéder à la liste des pays qui ont ratifié l'ICESCR et l'ICCPR à l'adresse <http://www.unhchr.ch/pdf/report.pdf>

6.1.2 Autres conventions internationales liées à la santé mentale

La Convention juridiquement contraignante des Nations unies sur les Droits de l'Enfant contient des dispositions de droits de l'homme spécifiquement pertinentes pour les enfants et les adolescents : la protection contre toutes les formes d'abus physique et mental; la non-discrimination; le droit à la vie, à la survie et au développement; les meilleurs intérêts de l'enfant; et le respect des opinions de l'enfant. Nombre de ses articles sont spécifiquement pertinents pour la santé mentale:

- L'article 23 reconnaît que les enfants atteints d'incapacités mentales ou physiques ont le droit de jouir d'une vie pleine et décente dans des conditions qui assurent la dignité, encouragent l'indépendance et facilitent la participation active de l'enfant à la vie de la communauté.
- L'article 25 reconnaît le droit à l'examen périodique du traitement fourni aux enfants placés dans des établissements pour les soins, la protection ou le traitement de la santé physique ou mentale.
- L'article 27 reconnaît le droit de chaque enfant à un niveau de vie suffisant pour le développement physique, mental, spirituel, moral et social de l'enfant.
- L'article 32 reconnaît le droit des enfants à être protégés de l'exécution de tout travail susceptible d'être dangereux ou de perturber leur éducation, ou d'être néfaste à leur santé ou à leur développement physique, mental, spirituel, moral ou social.

La Convention des Nations unies contre la torture et d'autres traitements ou punitions cruels, inhumains ou dégradants (1984) est aussi pertinente pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Par exemple, l'article 16 rend les États signataires de la Convention responsables de la prévention d'actes de traitement ou de punition cruels, inhumains ou dégradants.

Dans certains établissements de santé mentale, on recense un grand nombre d'exemples qui pourraient constituer un traitement inhumain et dégradant : absence d'un environnement sûr et hygiénique; manque de nourriture et de vêtements suffisants; absence de chauffage ou de vêtements chauds suffisants; manque de services de soins suffisants pour prévenir la propagation de maladies transmissibles; pénurie de personnel, ce qui mène à des pratiques par lesquelles les malades sont obligés d'exécuter des tâches d'entretien sans salaire ou en échange de privilèges mineurs; et systèmes d'immobilisation qui laissent une personne couverte de sa propre urine ou de ses matières fécales ou incapable de se lever ou de se déplacer librement pendant de longues périodes.

L'absence de ressources financières ou professionnelles n'est pas une excuse à des traitements inhumains et dégradants. Les Gouvernements doivent fournir un financement suffisant pour les besoins fondamentaux et protéger l'utilisateur contre la souffrance que peut engendrer l'absence de nourriture, l'habillement insuffisant, la dotation inappropriée en personnel d'un établissement, le manque d'instruments pour l'hygiène de base ou l'absence d'un environnement respectueux de la dignité individuelle.

Il n'y a pas de convention spécifique des Nations unies qui traite des préoccupations spéciales des individus atteints d'incapacités. Toutefois, le 28 novembre 2001, l'Assemblée générale des

Nations unies a adopté une résolution demandant la création d'un comité ad hoc "chargé d'examiner les propositions pour une convention internationale complète et intégrale visant à protéger et promouvoir les droits et la dignité des personnes atteintes d'incapacités". La rédaction de cette convention est en cours. Les personnes atteintes de troubles mentaux figureront parmi les bénéficiaires.

Outre les différents systèmes internationaux de contrôle des droits de l'homme, il y a également plusieurs conventions régionales de protection de droits de l'homme. Elles sont brièvement discutées ci-dessous.

Région africaine

Charte africaine (Banjul) sur les droits humains et des peuples (1981) – Il s'agit d'un document juridiquement contraignant que supervise la Commission africaine des droits humains et des peuples. L'instrument contient une gamme d'articles importants sur les droits civiques, politiques, économiques, sociaux et culturels. Les clauses pertinentes pour les personnes atteintes de troubles mentaux figurent dans les articles 4, 5 et 16, qui couvrent le droit à la vie et à l'intégrité de la personne, le droit au respect de la dignité inhérente à l'être humain, l'interdiction de toutes les formes d'exploitation et d'humiliation (en particulier l'esclavage, le trafic d'esclaves, la torture et la punition cruelle, inhumaine ou dégradante), et le traitement et le droit des personnes âgées et infirmes à des mesures spéciales de protection. La Charte déclare que les "personnes âgées et les handicapés ont aussi droit à des mesures spéciales de protection conformes à leurs besoins physiques ou moraux". Le document garantit le droit de tous à bénéficier du meilleur état accessible de santé physique et mentale.

Cour africaine des droits humains et des peuples – La Conférence des Chefs d'État et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine (OUA) – maintenant l'Union africaine – a créé une Cour africaine des droits humains et des peuples chargée d'examiner les allégations de violations de droits de l'homme, y compris les droits civiques, politiques, économiques, sociaux et culturels garantis par la Charte africaine et d'autres instruments pertinents des droits de l'homme. Conformément à l'article 34(3), la Cour est entrée en vigueur le 25 janvier 2004 après ratification par un quinzième État. La Cour africaine est habilitée à prendre des décisions contraignantes et exécutoires sur les cas portés à son attention.

Région européenne

Convention européenne pour la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales (1950) – La Convention européenne pour la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales, que soutient la Cour européenne des droits de l'homme, fournit une protection contraignante des droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux qui résident dans les États qui ont ratifié la Convention.

La législation sur la santé mentale dans les États européens est tenue de prévoir des garanties contre le placement d'office, sur la base de trois principes définis par la Cour européenne des droits de l'homme:

- Les troubles mentaux sont établis par une expertise médicale objective;
- Les troubles mentaux sont d'une nature et d'un degré qui garantissent l'internement obligatoire; et
- Pour un internement continu, il est nécessaire de prouver la persistance des troubles mentaux (Wachenfeld, 1992).

La Cour européenne des droits de l'homme fournit l'interprétation des dispositions de la Convention européenne et crée également la législation européenne des droits de l'homme. La jurisprudence en évolution de la Cour a mené à des interprétations assez détaillées de la Convention sur les questions relatives à la santé mentale.

Convention européenne pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain, par rapport à l'application de la biologie et de la médecine: Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (1996) – Cette Convention, qu'ont adoptée les États Membres du Conseil de l'Europe et d'autres États de la Communauté européenne, a été le premier instrument juridiquement contraignant à l'échelle internationale à contenir le principe du consentement en connaissance de cause, à prévoir l'égalité de l'accès aux soins médicaux et le droit d'être informé, ainsi qu'à définir des normes élevées de protection en ce qui concerne les soins médicaux et la recherche.

Recommandation 1235 sur la psychiatrie et les droits de l'homme (1994) – La législation de la santé mentale dans les États européens est aussi influencée par la Recommandation 1235 (1994) sur la psychiatrie et les droits de l'homme, qu'a adoptée l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe. Elle définit les critères du placement d'office, la procédure du placement d'office, les normes de soins et de traitement de personnes atteintes de troubles mentaux, et les interdictions visant à prévenir les abus dans les soins et la pratique psychiatriques.

Recommandation Rec (2004)10 sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux (2004) – En septembre 2004, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a approuvé une recommandation qui exhorte les États membres à améliorer la protection de la dignité, des droits humains et des libertés fondamentales des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier les personnes soumises à un placement ou un traitement non volontaire.

Autres conventions européennes – *La convention européenne pour la prévention de la torture et des traitements ou punitions inhumains ou dégradants (1987)* confère une protection supplémentaire des droits de l'homme. Le 8ème Rapport annuel du Comité sur la torture du Conseil de l'Europe a stipulé des normes pour la prévention des mauvais traitements à l'encontre des personnes atteintes de troubles mentaux.

La Charte sociale européenne révisée (1996) confère une protection contraignante des droits fondamentaux des personnes ayant des incapacités mentales qui sont ressortissantes des États signataires de la Convention. En particulier, l'article 15 de la Charte définit les droits de ces personnes à l'indépendance, l'intégration sociale et la participation à la vie communautaire. La Recommandation N° R (83) 2, adoptée par le Conseil des Ministres en 1983, constitue une autre protection juridique importante pour les personnes atteintes de troubles mentaux placées dans des établissements comme malades non volontaires.

Région des Amériques

Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme (1948) – Elle prévoit la protection des droits civiques, politiques, économiques, culturels et sociaux.

Convention américaine sur les droits de l'homme (1978) – Cette Convention comprend aussi une gamme de droits civiques, politiques, économiques, culturels et sociaux, et crée un moyen contraignant de protection et de suivi par la Commission inter-américaine sur les droits de l'homme et la Cour inter-américaine des droits de l'homme. L'examen récent par la Commission d'un cas intitulé Congo vs Équateur a fourni l'opportunité d'une interprétation supplémentaire de la Convention par rapport aux questions liées à la santé mentale.

Protocole supplémentaire à la Convention américaine sur les droits de l'homme dans le domaine des droits économiques, sociaux et culturels (1988) – Cette Convention se réfère spécifiquement aux droits des personnes atteintes d'incapacités. Les signataires conviennent de mener des programmes visant à fournir aux personnes atteintes d'incapacités les ressources et l'environnement nécessaires pour atteindre le plus grand développement possible de leur personnalité, ainsi qu'une formation spéciale aux familles (y compris les exigences spécifiques découlant des besoins spéciaux de ce groupe). Les signataires conviennent aussi de faire de

ces mesures une composante prioritaire de leurs plans de développement urbain et d'encourager la création de groupes sociaux en vue d'aider les personnes atteintes d'incapacités à mener une vie plus épanouie.

Convention inter-américaine sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes atteintes d'incapacités (1999) – Cette convention a pour objectifs de prévenir et d'éliminer toutes les formes de discrimination contre les personnes atteintes d'incapacités mentales ou physiques et de faciliter leur intégration complète dans la société. C'est la première convention internationale qui traite spécifiquement des droits des personnes atteintes de troubles mentaux. En 2001, la Commission inter-américaine des droits de l'homme a publié une Recommandation sur la promotion et la protection des droits humains des personnes atteintes d'incapacités mentales (2001) recommandant que les pays ratifient cette Convention. La Recommandation exhorte également les États à promouvoir et mettre en oeuvre, grâce à la législation et à des plans nationaux de santé mentale, l'organisation de services communautaires de santé mentale, en vue de parvenir à l'intégration complète dans la société des personnes atteintes de troubles mentaux.

7. Principales normes des droits de l'homme applicables à la santé mentale

7.1 Principes des Nations unies pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale (Principes MI, 1991)

En 1991, les Principes des Nations unies pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale (Principes MI, voir l'annexe 3) ont fixé les normes minimales de pratique des droits de l'homme dans le domaine de la santé mentale. Les organes internationaux de surveillance et d'application ont utilisé les Principes MI comme une interprétation faisant autorité pour les exigences des conventions internationales telles que l'ICESCR.

Les Principes MI ont aussi servi de cadre pour l'élaboration de la législation sur la santé mentale dans beaucoup de pays. L'Australie, la Hongrie, le Mexique et le Portugal, entre autres, ont incorporé en totalité ou en partie les Principes MI dans leurs législations nationales. Les Principes MI définissent des normes pour le traitement et les conditions de vie dans les établissements de santé mentale, et confèrent des protections contre la détention arbitraire dans ces établissements. Ces principes s'appliquent généralement aux personnes atteintes de troubles mentaux, qu'elles soient ou non dans des établissements psychiatriques, et ils s'appliquent à toutes les personnes admises dans un service de santé mentale – qu'elles soient ou non diagnostiquées comme présentant des troubles mentaux. Cette dernière disposition est importante parce que dans beaucoup de pays les établissements de santé mentale de longue durée servent de lieu de résidence aux personnes qui n'ont aucun antécédent de troubles mentaux ou aucun trouble mental actuel, mais qui restent dans l'établissement par manque d'autres établissements ou services communautaires qui pourraient combler leurs besoins. Les Principes MI reconnaissent que chaque personne atteinte de troubles mentaux a le droit de vivre et de travailler, autant que possible, dans la société.

Les Principes MI ont cependant fait l'objet de critiques. En 2003, le Secrétaire général des Nations unies dans un rapport à l'Assemblée générale a fait la remarque que les Principes MI "*offrent dans certains cas un degré de protection moindre que celui que confèrent les traités des droits de l'homme existants, par exemple en ce qui concerne le consentement en connaissance de cause obligatoire au traitement. A cet effet, des organisations de personnes atteintes d'incapacités, y compris le Réseau mondial des Usagers et Survivants de la Psychiatrie, ont remis en question la protection qu'accordent les Principes (et en particulier les principes 11 et 16) et leur cohérence avec les normes des droits de l'homme existantes dans le contexte du traitement et de la détention d'office.*" (Nations unies, 2003)

7.2 Règles standard sur l'égalité des chances pour les personnes atteintes d'incapacités (Règles standard, 1993)

La Conférence mondiale sur les droits de l'homme qui s'est tenue à Vienne en 1993 a réitéré le fait que la législation internationale des droits de l'homme protège les personnes atteintes d'incapacités mentales et physiques, et que les gouvernements doivent adopter une législation locale pour concrétiser ces droits. D'après la Déclaration de Vienne, la Conférence mondiale a déclaré que tous les droits et libertés fondamentales de l'homme sont universels, et s'appliquent donc sans réserve aux personnes atteintes d'incapacités.

Les *Règles standard sur l'égalité des chances pour les personnes atteintes d'incapacités (1993)* ont été adoptées à la fin de la Décennie des Handicapés (1982-1993) par le biais de la Résolution 48/96 de l'Assemblée générale. Comme instrument d'orientation des politiques, les Règles standard rappellent les buts de la prévention, de la réadaptation et de l'égalisation des chances établis par le Programme d'action mondial. Ces 22 règles prévoient l'action nationale dans trois domaines principaux: les conditions préalables à une participation égale, les cibles de la participation égale et les mesures de mise en oeuvre. Les Règles standard sont un nouvel instrument international révolutionnaire parce qu'elles établissent la participation citoyenne des personnes atteintes d'incapacités comme un droit de l'homme internationalement reconnu. Pour traduire ce droit dans la pratique, les gouvernements sont censés offrir des opportunités aux personnes atteintes d'incapacités et aux organisations composées de personnes atteintes d'incapacités pour qu'elles participent à la rédaction de la nouvelle législation portant sur les questions qui les concernent. Les Règles standard exhortent chaque pays à lancer un processus de planification national en vue d'adapter la législation, les politiques et les programmes aux normes internationales des droits de l'homme.

8. Normes techniques

Outre les résolutions de l'Assemblée générale des Nations unies, des institutions des Nations unies, des conférences mondiales et des groupes professionnels réunis sous les auspices des Nations unies ont adopté un ensemble varié de directives techniques et de déclarations de politique. Elles peuvent constituer une source précieuse d'interprétation des conventions internationales des droits de l'homme.

8.1 Déclaration de Caracas (1990)

La *Déclaration de Caracas (1990)*, qu'ont adoptée comme résolution les législateurs, professionnels de la santé mentale, leaders des droits de l'homme et militants de l'incapacité convoqués par l'Organisation panaméricaine de la Santé (PAHO/OMS), a des implications majeures pour la structure des services de santé mentale (voir l'annexe 4). Elle déclare que le recours exclusif au traitement en placement dans un hôpital psychiatrique isole les malades de leur environnement naturel, aggravant ainsi l'incapacité. La Déclaration établit un lien crucial entre les services de santé mentale et les droits de l'homme en concluant que des services de santé mentale d'un autre âge mettent en péril les droits humains des malades.

La Déclaration vise à promouvoir des services de santé mentale à base communautaire et intégrés en suggérant une restructuration des soins psychiatriques existants. Elle déclare que les ressources, les soins et le traitement pour les personnes atteintes de troubles mentaux doivent préserver leur dignité et leurs droits humains, fournir un traitement rationnel et approprié, et s'efforcer de maintenir les personnes atteintes de troubles mentaux dans leurs communautés. Elle affirme en outre que la législation sur la santé mentale doit protéger les droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux, et les services doivent être organisés de manière à permettre l'application de ces droits.

8.2 Déclaration de Madrid (1996)

Les associations internationales de professionnels de la santé mentale ont aussi essayé de protéger les droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux en publiant leurs propres ensembles de directives sur les normes de comportement professionnel et de pratique. Un exemple de telles directives est la Déclaration de Madrid qu'a adoptée l'Assemblée générale de l'Association psychiatrique mondiale (WPA) en 1996 (voir l'annexe 5). Entre autres normes, la Déclaration insiste sur un traitement reposant sur un partenariat avec les personnes atteintes de troubles mentaux, et sur l'application du traitement non volontaire uniquement dans des circonstances exceptionnelles.

8.3 Normes techniques de l'OMS

En 1996, l'OMS a élaboré un document intitulé *Législation des soins de santé mentale: Dix principes fondamentaux* (voir l'encadré ci-dessous) destiné à servir d'interprétation supplémentaire des Principes MI et de guide en vue d'aider les pays à élaborer des législations de santé mentale. En 1996, l'OMS a aussi élaboré des *Directives pour la promotion des droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux*, qui sont un outil permettant de comprendre et d'interpréter les Principes MI et d'évaluer la situation des droits de l'homme dans les établissements.

Législation des soins de santé mentale: Dix principes fondamentaux

1. Promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux
2. Accès aux soins de santé mentale de base
3. Évaluations de la santé mentale conformément aux principes internationalement acceptés
4. Fourniture du type de soins de santé mentale le moins restrictif
5. Droit de décider soi-même
6. Droit d'être assisté dans l'exercice du droit à décider soi-même
7. Disponibilité de procédure d'examen
8. Mécanisme automatique d'examen périodique
9. Décideur qualifié
10. Respect de la suprématie du droit

OMS, 1996

8.4 Déclaration et cadre d'action de Salamanque sur l'éducation pour besoins spéciaux (1994)

En 1994, la Conférence mondiale sur l'éducation pour besoins spéciaux a adopté la *Déclaration et cadre d'action de Salamanque sur l'éducation pour besoins spéciaux*, qui a affirmé le droit à l'éducation intégrée des enfants atteints d'incapacités mentales. La Déclaration de Salamanque revêt une importance particulière pour la mise en oeuvre de la *Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous* (WDEA) et l'application du droit à l'éducation consacré dans le cadre de l'ICESCR.

9. Limitation de droits

Il y a un certain nombre de droits de l'homme pour lesquels aucune restriction n'est permise sous quelque circonstance que ce soit, notamment la protection contre la torture et l'esclavage, et la liberté de pensée, de conscience et de religion. Toutefois, des clauses de restriction et de dérogation dans la plupart des instruments des droits de l'homme reconnaissent la nécessité de limiter les droits de l'homme dans certaines situations, et s'agissant de la santé mentale, il y a des cas où il faut appliquer des restrictions (voir le chapitre 2 pour les exemples).

Les *Principes de Syracuse sur la limitation et la dérogation des dispositions de la Convention internationale sur les droits civiques et politiques (Principes de Syracuse)* fixent les critères à remplir lorsque les droits sont restreints. Chacun des cinq critères doit être rempli, et les restrictions doivent être limitées dans la durée et soumises à examen.

Les Principes de Syracuse en bref

- **La restriction est prévue et appliquée conformément à la loi.**
- **La restriction concourt à l'objectif légitime de l'intérêt général.**
- **La restriction est strictement nécessaire dans une société démocratique pour atteindre l'objectif.**
- **La restriction est nécessaire pour répondre à un besoin de santé publique.**
- **La restriction est proportionnelle au but social, et il n'y a pas de moyens moins envahissants et restrictifs disponibles pour atteindre ce but social.**
- **La restriction n'est pas rédigée ou imposée arbitrairement, (c.-à-d. d'une manière déraisonnable ou autrement discriminatoire).**

Pour une discussion plus détaillée sur le rôle des documents internationaux sur les droits de l'homme dans la protection des droits des personnes atteintes de troubles mentaux, voir *Le droit international relatif aux droits de l'homme comme fondement de la législation nationale en matière de santé mentale* (WHO, 2001c), aussi disponible à l'adresse suivante: http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/. Pour un résumé des dispositions et instruments internationaux principaux liés aux droits des personnes atteintes de troubles mentaux, voir également l'annexe 2.

En résumé, la législation doit permettre d'atteindre les objectifs de la santé publique et de la politique de santé. Les Gouvernements sont tenus de respecter, de promouvoir et d'appliquer les droits fondamentaux des personnes atteintes de troubles mentaux tels que consignés dans les documents internationaux contraignants des droits de l'homme. En outre, d'autres normes telles que les Principes MI, qui sont le fruit d'un consensus international, peuvent être utilisées comme directives pour adopter une législation et mettre en oeuvre des politiques qui encouragent et protègent les droits des personnes atteintes de troubles mentaux. La législation peut aider les personnes atteintes de troubles mentaux à recevoir des soins et un traitement appropriés. Elle peut protéger et promouvoir les droits et prévenir la discrimination. Elle peut également soutenir des droits spécifiques, tels que le droit de vote, le droit à la propriété, à la liberté d'association, à un procès équitable, à des garanties judiciaires et à une révision des détentions, et à la protection dans des domaines tels que le logement et l'emploi. La législation judiciaire pénale peut garantir un traitement approprié et la protection des droits des délinquants malades mentaux. Il s'agit juste de quelques exemples qui illustrent clairement que la législation sur la santé mentale est plus qu'une simple législation "de soins et de traitement" limitée aux processus de placement d'office et aux soins dans les établissements.

Malgré le rôle crucial de la législation, elle n'est cependant pas la seule solution ou une solution simple à la myriade de problèmes auxquels fait face la santé mentale, mais uniquement un outil permettant d'atteindre ces objectifs. Même dans les pays qui disposent d'une bonne législation, les systèmes informels peuvent pervertir l'intention du législateur. Par exemple, les professionnels de santé mentale qui ne maîtrisent pas les dispositions d'une nouvelle loi peuvent continuer à appliquer les pratiques "habituelles" dans l'administration du traitement, contrariant ainsi le but de la nouvelle législation progressive sur la santé mentale. Sans formation et éducation suffisantes – et la pleine participation d'un certain nombre d'acteurs – la législation aura peu d'impact.

Une autre composante importante dans tout système est le fort engagement que les professionnels de santé mentale doivent prendre vis-à-vis d'une autorégulation éthique. En outre, une législation excessivement restrictive, même si elle est bien intentionnée, peut entraver plutôt qu'encourager l'accès aux soins de santé mentale. Par exemple, les dispositions

législatives relatives au placement ou au traitement non volontaire peuvent être tellement restrictives qu'elles ne peuvent pas être appliquées dans un scénario de ressources donné, d'où l'absence de soins nécessaires. La fourniture de soins et de traitement suffisants et appropriés, et la promotion et protection des droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux revêtent une importance fondamentale. La législation peut jouer un rôle important.

Contexte de la législation sur la santé mentale: les points essentiels

- La législation est complémentaire aux politiques, aux plans et aux programmes de santé mentale et peut servir à renforcer les buts et les objectifs de la politique.
- Les personnes atteintes de troubles mentaux sont un segment vulnérable de la société et elles ont besoin de protections spéciales.
- La législation sur la santé mentale est nécessaire pour protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux dans les environnements institutionnels et dans la société.
- La législation sur la santé mentale est plus qu'une simple législation de "soins et traitement". Elle fournit un cadre juridique pour l'étude de questions cruciales de santé mentale telles que l'accès aux soins, à la réadaptation et aux soins de suivi, l'intégration complète des personnes atteintes de troubles mentaux dans la société et la promotion de la santé mentale dans différents secteurs de la société.
- Les Gouvernements sont tenus de respecter, promouvoir et faire appliquer les droits fondamentaux des personnes atteintes de troubles mentaux, tels que consignés dans les documents internationaux et régionaux contraignants des droits de l'homme.
- Les questions législatives relatives à la santé mentale peuvent être consolidées en un document juridique unique ou dispersées dans des documents législatifs différents.
- Toute législation progressive sur la santé mentale doit incorporer des protections des droits de l'homme, tels qu'elles sont consignées dans les documents internationaux et régionaux des droits de l'homme et les normes techniques. La législation doit permettre également d'atteindre les objectifs de santé publique et de politique sanitaire.

Chapitre 2 Contenu de la législation sur la santé mentale

1. Introduction

Ce chapitre couvre des domaines importants qui doivent être incorporés dans la législation sur la santé mentale. Très souvent, cette législation ne se focalise que sur le placement et le traitement non volontaire, et néglige ou omet des préoccupations tout aussi importantes liées aux personnes atteintes de troubles mentaux. Bien qu'il ne soit pas possible dans ce chapitre de couvrir chaque domaine qui touche à la santé mentale, une large gamme d'importantes questions législatives est examinée. Les questions discutées peuvent être incluses dans les lois générales sur la santé ou dans celles liées à des domaines tels que la sécurité et les avantages sociaux, l'incapacité, la tutelle, l'équité de l'emploi et du logement, ou elles peuvent être incluses dans une législation spécifique portant sur la santé mentale. Comme discuté au Chapitre 1, les législations liées à la santé mentale peuvent être dispersées sans dommage dans plusieurs mesures législatives différentes ou regroupées dans un document juridique unique. Le type ou la forme du texte législatif variera selon le pays. Par exemple, certains pays peuvent choisir de ne définir que les principes clés dans un texte législatif sur la santé mentale, et procéder par voie réglementaire pour préciser les détails de procédure destinés à traduire en action l'intention du législateur; d'autres pays peuvent inclure les aspects de procédure dans le corps même de la législation sur la santé mentale.

Dans ce chapitre, un format pratique est fourni pour le contenu de la législation sur la santé mentale. Il est reconnu que ce format se conforme probablement mieux à certains cadres législatifs, et il est relevé qu'il ne s'agit pas ici de "format suggéré", puisque dans la rédaction des lois, les pays suivront leurs propres modèles législatifs.

Les extraits de lois nationales contenues dans ce chapitre ne sont présentées qu'à des fins d'illustration; ils montrent comment différents pays ont adopté différents textes et terminologies par rapport à leurs situation et contexte particuliers. Ils ne constituent pas un texte ou une terminologie "suggérés" à utiliser.

2. Préambule et objectifs

La législation sur la santé mentale est divisée d'habitude en sections, en commençant souvent par un préambule (ou une introduction) qui expose les raisons pour lesquelles la législation est nécessaire.

Exemple de préambule

Préambule de la loi polonaise sur la protection de la santé mentale

Reconnaissant que la santé mentale est une valeur humaine fondamentale et reconnaissant que la protection des droits des personnes atteintes de troubles mentaux est une obligation de l'État, la présente législation proclame ce qui suit:

(Loi sur la protection de la santé mentale, M284 1994, Pologne)

La section (ou chapitre) suivante d'une législation expose souvent le but et les objectifs que le texte législatif vise à atteindre. Une déclaration d'objectifs est importante, puisqu'elle éclaire l'interprétation des dispositions législatives. Le préambule, avec le but et les objectifs, aide les tribunaux et autres intervenants à interpréter les dispositions législatives chaque fois qu'il y a une ambiguïté dans les dispositions de fonds du texte.

Exemple d'objectifs

Objectifs de la loi sud-africaine

Les objectifs de la présente loi sont les suivants –

- a) a) Réglementer l'environnement des soins de santé mentale de manière à:
 - (i) permettre la fourniture des meilleurs soins, traitement et réadaptation pour la santé mentale possibles par rapport aux ressources disponibles;
 - (ii) mettre des services de soins, de traitement et de réadaptation pour la santé mentale efficaces à la disposition de la population d'une manière équitable, efficiente et dans le meilleur intérêt de l'utilisateur des soins de santé mentale;
 - (iii) coordonner l'accès aux services de soins, de traitement et de réadaptation pour la santé mentale; et
 - (iv) intégrer l'accès aux services de santé mentale et leur fourniture dans l'environnement général des services de santé.
- b) Définir les droits et obligations des usagers des soins de santé mentale et les obligations des prestataires de soins de santé mentale;
- c) Réglementer l'accès aux soins et au traitement pour la santé mentale et leur fourniture aux:
 - (i) usagers volontaires, assistés et non volontaires de soins de santé mentale;
 - (ii) malades de l'État (incapables de passer en jugement ou de comprendre leurs actions pénales); et
 - (iii) prisonniers malades mentaux.
- d) Réglementer la manière dont les tribunaux peuvent statuer sur les biens des personnes atteintes de maladie mentale; et
- e) Statuer sur les questions connexes.

(Extrait de la *Loi sur les soins de santé mentale, Loi 17 de 2002, République d'Afrique du Sud*)

La section (ou chapitre) suivante d'une loi sur la santé mentale contient souvent les définitions des termes utilisés dans la loi, (c.-à-d. les dispositions de fonds et les aspects de procédure de la législation). Elles sont discutées en détail ci-dessous.

3. Définitions

La section des définitions dans la législation fournit l'interprétation et le sens des termes utilisés. Des définitions claires et non équivoques sont extrêmement importantes pour ceux qui doivent comprendre et mettre en oeuvre la législation, et pour le public qui peut être concerné par la législation, notamment les malades et leurs familles. Les tribunaux les trouvent aussi utiles, puisqu'ils doivent rendre leurs décisions sur la base des définitions énoncées.

Un rôle important de la section des définitions est souvent la définition du groupe cible ou des bénéficiaires.

3.1 Maladie mentale et troubles mentaux

Définir les troubles mentaux est difficile parce qu'il ne s'agit pas d'une pathologie unique, mais d'un groupe de troubles ayant quelques caractéristiques communes. Le débat est intense sur les pathologies qui sont ou qui doivent être incluses dans la définition des troubles mentaux. Cela peut avoir des implications considérables lorsque, par exemple, une société choisit les types et la gravité des troubles mentaux devant faire l'objet d'un traitement et de services non volontaires.

La définition des troubles mentaux qu'adopte une législation nationale dépend de beaucoup de facteurs. Tout d'abord, le but de la législation détermine les limites exactes de la catégorie. Ainsi, la législation qui traite essentiellement du placement et du traitement non volontaire peut restreindre la catégorie uniquement à des troubles mentaux graves. En revanche, la législation qui traite des droits positifs peut définir les troubles mentaux aussi largement que possible pour

étendre les avantages de la législation à toutes les personnes atteintes de troubles mentaux. La définition des troubles mentaux dépend aussi du contexte social, culturel, économique et juridique des différentes sociétés. Le présent Ouvrage de référence ne préconise pas une définition particulière; il ne vise qu'à porter à la connaissance des législateurs et des autres intervenants impliqués dans le processus de rédaction de la législation la variété des choix, avantages et inconvénients de différentes approches de définitions (voir le tableau 1 ci-dessous).

Plusieurs organisations de consommateurs s'opposent à l'usage des termes "maladie mentale" et "malade mental" au motif qu'ils concourent à la domination du modèle médical. La plupart des documents cliniques internationaux évitent l'usage du terme "maladie mentale", préférant utiliser le terme "troubles mentaux" à sa place (voir, par exemple, *Classification des troubles mentaux et du comportement: Descriptions cliniques et directives de diagnostic* (CIM-10) (WHO, 1992) et *Livre de référence diagnostique et statistique sur les troubles mentaux* (DSM-IV) (Association psychiatrique américaine, 1994). La CIM-10 déclare que le terme "trouble" est utilisé pour éviter les problèmes encore plus grands inhérents à l'usage de termes tels que "pathologie" et "maladie". Le terme "trouble" n'est pas exact, mais il est utilisé ici pour *"impliquer l'existence d'un ensemble de symptômes ou de comportements cliniquement reconnaissables associés dans la plupart des cas à la détresse et à la perturbation des fonctions personnelles. La déviance ou le conflit social seul, sans dysfonctionnement personnel, ne doit pas être inclus dans les troubles mentaux tels que définis ici"* (WHO, 1992).

Le terme "troubles mentaux" peut couvrir la maladie mentale, le retard mental (aussi connu comme handicap mental et incapacité intellectuelle), les troubles de la personnalité et la toxicomanie. Tout le monde ne considère pas ces états comme étant des troubles mentaux; cependant beaucoup de questions législatives qui concernent des pathologies telles que la schizophrénie et la dépression bipolaire s'appliquent également aux autres pathologies telles que le retard mental, et par conséquent une définition générale est préférée.

Les personnes atteintes de retard mental sont souvent exposées aux mêmes discriminations et abus que les personnes atteintes de maladie mentale grave, et les protections juridiques requises sont souvent les mêmes pour les deux groupes. Toutefois, d'importantes différences existent entre les deux groupes; par exemple, en ce qui concerne la capacité à court et à plus long terme de consentir. Les pays doivent par conséquent décider s'il faut une législation unique ou des législations séparées. Si le retard mental est inclus dans la législation sur la santé mentale, il est important d'y inclure des garanties suffisantes afin de s'assurer que le retard mental n'est pas assimilé à "d'autres" troubles mentaux. Une législation unique peut être particulièrement pertinente pour les pays qui sont peu susceptibles de pouvoir rédiger et adopter deux législations séparées en raison, par exemple, de contraintes de ressources. Cette option a été utilisée en Afrique du Sud. Cependant, alors que la maladie mentale et le retard mental sont couverts dans la même législation sur la santé mentale, les articles pertinents précisent quand il s'agit de l'un ou de l'autre. Beaucoup de juridictions (ex. : Inde) excluent spécifiquement le retard mental du champ d'application de la législation sur la santé mentale, et le couvrent dans une législation séparée.

L'inclusion des troubles de la personnalité dans la définition des troubles mentaux est une question également complexe. Les troubles de la personnalité sont considérés comme faisant partie du spectre des troubles mentaux au niveau clinique, comme le reflète leur inclusion dans les systèmes de classification tels que la CIM-10 et la DSM-IV. Toutefois, il y a des doutes sur la validité et la fiabilité du diagnostic de plusieurs sous-types de troubles de la personnalité. En outre, des questions sont soulevées au sujet de la sensibilité des troubles de la personnalité au traitement. Alors qu'il y a encore peu de modalités de traitement bien validées et largement acceptées pour la plupart des types de troubles de la personnalité, il y a de plus en plus de preuves que beaucoup de ces troubles sont sensibles au traitement (Livesley, 2001; Sperry, 2003). Si une pathologie particulière ne répond pas au traitement ou si aucun traitement n'est disponible, alors il est difficile de justifier le placement d'office des personnes atteintes de cette pathologie dans un service de santé mentale. Cependant, on note que la législation de beaucoup de pays permet la tutelle protectrice des personnes gravement dérangées qui sont insensibles aux traitements disponibles, bien que beaucoup disent que ce ne devrait pas être le but de la législation sur la santé mentale.

Un autre risque qu'il y a à inclure les troubles de la personnalité dans la législation sur la santé mentale est que dans beaucoup de pays un diagnostic de troubles de la personnalité est utilisé

contre les groupes vulnérables, particulièrement les jeunes femmes, chaque fois qu'ils ne se conforment pas aux normes sociales, culturelles, morales et religieuses dominantes. Les dissidents politiques et les minorités courent également le risque d'être diagnostiqués comme atteints de troubles de la personnalité quand ils adoptent des positions contraires aux normes locales.

Si les troubles de la personnalité sont incluses dans la législation, les pays doivent alors prévoir des dispositions juridiques de fond pour prévenir les abus. Le présent Ouvrage de référence ne préconise pas une approche particulière d'inclusion ou d'exclusion des troubles de la personnalité. Les pays doivent étudier cette question en tenant compte de la structure et des traditions uniques de leurs systèmes juridiques et de soins de santé.

Une autre question sujette aux débats est celle de savoir si la toxicomanie doit être incluse parmi les troubles mentaux. Alors que la toxicomanie est aussi incluse dans la plupart des systèmes internationaux de classification de la santé mentale tels que la CIM-10, beaucoup de pays excluent spécifiquement ces troubles de la législation sur la santé mentale. La loi sur la santé mentale de l'Angleterre et du Pays de Galles de 1983, par exemple, permet à une personne d'être exclue de son champ d'application pour des raisons "n'ayant trait qu'à la promiscuité ou à une autre conduite immorale, à la déviance sexuelle, à l'alcoolisme ou à la toxicomanie" (nous soulignons). L'expérience clinique indique que les alcooliques et les toxicomanes ne sont généralement pas de bons candidats pour le placement et le traitement non volontaire, et qu'il peut être nécessaire de recourir à d'autres lois pour gérer efficacement ce groupe de personnes.

Exemple de définitions

Les exemples de définitions de troubles mentaux présentés ci-dessous sont celles utilisées dans la législation de deux pays différents. Elles montrent la complexité de la définition du terme.

Maurice: Les "troubles mentaux" sont la survenue significative de troubles mentaux ou de comportement révélés par des symptômes qui indiquent une perturbation du fonctionnement mental, y compris des symptômes d'une perturbation de la pensée, de l'humeur, de la volonté, de la perception, de l'orientation ou de la mémoire, qui sont présents à un degré tel qu'ils sont considérés comme étant pathologiques.

(Loi sur les soins de santé mentale, Loi 24 de 1998, Maurice)

Jamaïque: Par "troubles mentaux" il est entendu a) un trouble substantiel de la pensée, de la perception, de l'orientation ou de la mémoire qui perturbe de manière très notable le comportement, le jugement d'une personne, sa capacité à reconnaître la réalité ou sa capacité à faire face aux exigences de la vie, ce qui fait qu'une personne ne puisse pas jouir de toutes ses facultés mentales, ou b) le retard mental, lorsque cet état est associé à un comportement anormalement agressif ou gravement irresponsable.

(Loi sur la santé mentale de 1997, Jamaïque)

Les Principes MI utilisent le terme "maladie mentale" mais ne le définissent pas. Ils fournissent plutôt des directives sur la manière dont une maladie mentale peut être déterminée. Parmi ces directives figurent celles ci-dessous:

- La décision de maladie mentale ne doit jamais se fonder sur des considérations politiques, économiques ou de situation sociale, ni d'appartenance à un groupe culturel, racial ou religieux, ni sur aucune autre considération n'ayant pas de rapport direct avec l'état de santé mentale.
- Les conflits familiaux ou professionnels, ou la non-conformité aux valeurs morales, sociales, culturelles ou politiques ou aux convictions religieuses prévalant dans la société à laquelle une personne appartient ne doivent jamais être des facteurs déterminants dans le diagnostic de maladie mentale.
- Le fait qu'une personne ait été soignée ou hospitalisée dans le passé ne peut en lui-même justifier un diagnostic présent ou futur de maladie mentale.

- Nul individu ou autorité ne peut classer une personne comme atteinte de maladie mentale, ni autrement indiquer que cette personne est atteinte d'une telle maladie, si ce n'est à des fins directement liées à la maladie mentale ou à ses conséquences.
- Il ne peut être décidé qu'une personne est atteinte de maladie mentale que conformément aux normes médicales acceptées sur le plan international.

3.2 Incapacité mentale

Une alternative aux "troubles mentaux" est le concept d' "incapacité mentale". La *Classification internationale du fonctionnement, de l'incapacité et de la santé* (ICIDH-2) (OMS, 2001d) définit l'incapacité comme étant "un terme générique pour les troubles, les limitations de l'activité et les restrictions à la participation". Elle dénote les aspects négatifs de l'interaction entre un individu (ayant un problème de santé) et les facteurs contextuels de cet individu (facteurs environnementaux et personnels).

L'incapacité mentale n'est pas synonyme de troubles mentaux, mais inclut les personnes atteintes de troubles mentaux. Les personnes qui se sont remises de troubles mentaux peuvent continuer à avoir des incapacités et beaucoup de personnes actuellement atteintes de troubles mentaux présenteront aussi des incapacités à cause des troubles. L'"incapacité" est, dans certains cas, le signe intrinsèque d'une maladie ou d'un syndrome spécifique (ex. : certains troubles mentaux nécessitent la présence de troubles fonctionnels pour que le diagnostic puisse être fait), et dans les autres elle est la conséquence de cette maladie ou syndrome (Bertolote & Sartorius, 1996).

Les avantages de l'utilisation du terme "incapacité mentale" sont que le concept d' "incapacité" fait directement référence aux perceptions immédiates qu'ont les personnes de leur vie, de leur environnement et de leurs besoins et limites (Bertolote & Sartorius, 1996), et que les professionnels externes au secteur de la santé comprennent plus facilement ce concept. Un inconvénient évident du terme est sa nature générale, ce qui inclut beaucoup plus de personnes dans le champ d'application de la législation sur la santé mentale que ce ne serait le cas avec des termes plus restrictifs tels que "troubles mentaux" ou "maladie mentale." En outre, le terme "incapacité mentale" est impopulaire auprès de certains usagers des services de santé mentale, qui préfèrent l'usage du terme "incapacité psychosociale". Ils croient que l'incapacité psychiatrique ou mentale appartient à la sphère "médicale", et ils ont par conséquent tendance à préférer une séparation distincte entre maladie et incapacité.

3.3 Incapacité mentale (d'un point de vue juridique)

Une alternative dans la définition d'un groupe cible est le concept d' "incapacité mentale". Les décisions sont alors basées sur la capacité de l'individu, telle que déterminée par le personnel professionnel médical et autre, à comprendre la nature de la question en discussion (ex. : en ce qui concerne le traitement ou le placement), à évaluer les avantages de cette question, à faire un choix et à communiquer ce choix. "L'incapacité mentale" est un concept plus étroit que les "troubles mentaux". L'usage de ce terme peut être avantageux dans les législations qui se focalisent essentiellement sur les aspects de placement et de traitement de la santé mentale. Cependant, le champ d'application étroit de ce terme ne peut pas être approprié dans les législations qui couvrent une large gamme de questions relatives à la santé mentale, puisque cela exclurait la majorité des usagers des services de santé mentale du champ d'application de droits importants tel que l'accès aux soins, les droits et conditions dans les établissements de soins de santé mentale, la confidentialité et l'accès à l'information.

Un mérite de cette option est qu'elle ne rend pas les troubles mentaux et l'incapacité interchangeable. La gamme et la gravité des troubles mentaux sont acceptées, mais l'absence de capacité doit être formellement établie avant que la loi ne puisse être habilitée à intervenir dans la vie d'une personne. Toutefois, le danger est que si l'interprétation judiciaire de cette formulation n'est pas suffisamment rigoureuse, on risque de présumer l'incapacité lorsque les troubles mentaux seuls ont été établis. Pour éliminer une telle conséquence, on peut formellement déclarer dans le texte de loi que l'incapacité n'est pas présumée sur la preuve de troubles mentaux, et que l'incapacité doit être établie séparément.

Exemple de définitions

La loi sur le consentement aux soins de santé de l'Ontario (Canada) déclare: "... une personne est capable en ce qui concerne le traitement, le placement dans un établissement de soins ou un service d'assistance personnelle si la personne est capable de comprendre les informations pertinentes pour la prise d'une décision au sujet du traitement, du placement ou du service d'assistance personnelle, le cas échéant, et capable d'apprécier les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou d'une absence de décision".

(Loi sur le consentement aux soins de santé de 1996, Ontario, Canada)

3.4 Troubles de la pensée

Certaines juridictions utilisent le terme juridique "troubles de l'esprit" comme alternative à "troubles mentaux", par exemple la *Convention européenne pour la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales* (1950). On suppose que toutes les personnes sont "saines d'esprit sauf preuve contraire". Les "troubles de l'esprit" se définissent comme le fait de ne pas être sain d'esprit, ce qui, bien sûr, pose le risque de la circularité. Le concept d' "esprit troublé" est proche du concept d' "incapacité mentale", mais ne lui est pas synonyme. Il n'y a pas d'équivalent clinique d' "esprit troublé", et dans beaucoup de cas "l'esprit troublé" comprend des pathologies qui ne sont pas nécessairement attribuables aux troubles mentaux. Selon la Cour européenne, à cause de la fluidité de l'usage du terme, il ne doit pas recevoir une interprétation définitive (Gostin, 2000).

Tableau 1. Comparaison de définitions de la mauvaise santé mentale

Terme	Maladie mentale	Troubles mentaux
1. Champ d'application	Très étroit	Étroit
2. Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Bien défini • D'usage courant et donc compris par tous les intervenants (bien que parfois avec des significations différentes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Compatible avec les systèmes de classification médicaux • Facile à mettre en œuvre
3. Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> • Renforce le "modèle médical" 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprend une gamme de pathologies, de la plus bénigne à celle qui est extrêmement grave; ceci peut être un handicap dans les situations où le but est de restreindre l'applicabilité uniquement aux pathologies de santé mentale les plus graves • Comprend une gamme de pathologies dont certaines peuvent ne pas intéresser la législation sur la santé mentale, ex. : le retard mental

Incapacité mentale	Incapacité mentale (d'un point de vue juridique)	Troubles de la pensée
Large	Extrêmement étroit	Variable, mais tend à être large
<ul style="list-style-type: none"> • Large étendue du terme, utile pour la protection positive des droits en permettant que toutes les personnes atteintes d'handicaps, indépendamment de leur gravité, soient incluses • Plus proche de la perception qu'ont les consommateurs et les non-spécialistes des effets des problèmes de santé mentale sur leur vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Défini et compris de manière similaire par les disciplines médicales et juridiques • N'assimile pas trouble/maladie mentale à incapacité • La focalisation étroite confère une plus grande protection aux malades lorsqu'ils sont privés de leurs droits en ne retenant que ceux qui sont atteints des maladies/troubles mentaux les plus graves 	<ul style="list-style-type: none"> • La fluidité de la définition peut revêtir un certain avantage quand elle est interprétée dans le meilleur intérêt de la personne
<ul style="list-style-type: none"> • Pas bien défini • Au sens large, le terme signifie que beaucoup de personnes peuvent être incluses dans le champ du placement et du traitement non volontaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Au sens étroit, le terme limite son utilité pour la promotion positive des droits des personnes atteintes de troubles mentaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Concept juridique, non équivalent à des catégories médicales spécifiques • Risque d'abus • Susceptible de nuire au dialogue entre les disciplines médicales et juridiques

En résumé, les pays doivent décider dans quelle mesure définir largement ou étroitement les bénéficiaires ou groupe cible de la législation. Le choix entre une définition plus large et une définition étroite est complexe. Si la législation sur la santé mentale ne couvre que les "soins et le traitement", la plupart des usagers de la santé mentale, des avocats et des militants des droits de l'homme préfèrent une définition plus étroite. En revanche, si la législation vise à protéger une large gamme de droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale et comprend, par exemple, des clauses antidiscriminatoires et la protection contre les abus, alors une définition plus inclusive des problèmes de santé mentale paraît préférable.

Une autre approche peut être d'utiliser une définition plus large dans les dispositions de la loi qui créent l'habilitation à bénéficier de services et à jouir de droits. Une définition plus étroite peut alors être utilisée dans les articles qui régissent le processus du placement et du traitement non volontaire. Cependant, ceci peut être trop compliqué pour beaucoup de pays où une législation "directe et simple" est plus susceptible de gagner la faveur du pouvoir législatif et des tribunaux. Dans ces cas, il faudra choisir dans un sens ou dans l'autre, en prenant en considération ce qui précède.

Une fois qu'un terme particulier a été choisi et défini, il est important qu'il soit utilisé de manière cohérente dans toute la loi et pas de manière interchangeable avec d'autres termes ayant une signification semblable, au risque de créer la confusion dans l'interprétation de la loi.

3.5 Définitions d'autres termes

Les documents législatifs utilisent une variété d'expressions techniques qui peuvent avoir des significations contextuelles différentes dans des environnements et des pays différents. Pour lever toute ambiguïté et aider à l'interprétation de la législation, ces termes doivent être définis avec précision dans le document législatif. Des exemples extraits de lois sur la santé mentale de deux pays sont présentés ci-dessous.

Exemples de définitions

Pakistan

Par *malade* il est entendu une personne qui est sous traitement et qui reçoit des soins.

Par *établissement psychiatrique* il est entendu un hôpital, une salle, un service de santé, une maison de retraite, une garderie, un centre de réadaptation, dans le secteur public ou le secteur privé, où on fournit des soins à des personnes mentalement dérangées.

Par *lieu de sécurité* il est entendu un établissement de santé administré par l'État, un établissement psychiatrique, une résidence ou un proche approprié qui est disposé à recevoir temporairement le malade.

(Ordonnance N° VIII de 2001, Pakistan)

Zimbabwe

Par *malade* il est entendu une personne a) qui est mentalement dérangée ou intellectuellement handicapée; ou b) au sujet de laquelle les procédures en vertu de la présente loi sont considérées comme étant nécessaires pour déterminer si elle est ou non mentalement dérangée ou intellectuellement handicapée.

Par *établissement de santé mentale* il est entendu tout hôpital psychiatrique que le Ministre, par avis dans le Journal officiel, a déclaré être un établissement de santé mentale aux fins de la présente loi.

Par *injonction de réception* il est entendu une injonction émise par un magistrat en vertu de l'article huit ou vingt-six pour le transfert d'un malade vers un établissement ou en soins particuliers, et sa réception et son internement dans celui-ci.

(Loi sur la santé mentale de 1996, Zimbabwe)

Les exemples ci-dessus révèlent la disparité qui existe dans le niveau de spécificité des définitions de quelque terme que ce soit. Les définitions font quelquefois référence aux autres documents législatifs du pays. En dernière analyse, les définitions précises de ces termes dépendent des contextes sociaux, culturels, médicaux et juridiques locaux. Une fois de plus, il est important que le terme qui a été adopté et défini soit utilisé de manière cohérente dans toute la loi afin d'éviter la confusion dans l'interprétation de cette loi.

Définition de la "mauvaise santé mentale" et d'autres termes: Points essentiels

- La législation peut utiliser une définition plus large lorsqu'elle traite des droits et une définition plus étroite lorsqu'elle aborde le placement et le traitement non volontaire.
- Les pays peuvent préférer inclure ou exclure les personnes atteintes de retard mental des dispositions de fond de la législation sur la santé mentale. Il est cependant important de garder à l'esprit que les personnes atteintes de retard mental peuvent également souffrir de troubles mentaux, et elles en souffrent parfois. Nombre des droits qui nécessitent d'être renforcés au moyen de la législation sont les mêmes tant pour les personnes atteintes de retard mental que pour celles atteintes d'autres troubles mentaux.
- La législation doit veiller à ce que les troubles mentaux ne soient pas présumés sur la base des éléments suivants:
 - (i) la situation politique, économique ou sociale, ou l'appartenance à un groupe culturel, racial ou religieux, ou toute autre raison non directement liée à l'état de santé mentale;
 - (ii) les conflits familiaux ou professionnels, ou la non-conformité à la morale, aux valeurs sociales, culturelles ou politiques ou aux croyances religieuses qui prédominent dans la communauté d'une personne;
 - (iii) de simples antécédents de traitement ou de placement comme malade.
- La législation doit définir précisément toutes les expressions techniques qui sont utilisées afin de lever toute ambiguïté et d'aider à l'interprétation de la loi.
- Une fois qu'un terme particulier a été choisi et défini, il est important qu'il soit utilisé de manière cohérente dans toute la loi et pas de manière interchangeable avec d'autres termes ayant une signification semblable.

4. Accès aux soins de santé mentale

La législation peut jouer un rôle important dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé mentale (voir aussi le chapitre 1, sous-section 3.5). Améliorer l'accès signifie accroître la disponibilité des services, améliorer l'accessibilité financière et géographique et fournir des services qui sont acceptables et de qualité suffisante. La présente section discute d'un cadre d'examen de ces questions en vue de lever les barrières à l'accès dans beaucoup de pays.

Principes MI: Accès aux soins de santé mentale

Les Principes 1 (Libertés fondamentales et droits de base) et 8 (Normes de soins) des Principes MI traitent de l'accès à des soins de bonne qualité. Le principe 1 consacre le droit de chacun à bénéficier des meilleurs soins de santé mentale disponibles dans le système de soins sanitaires et sociaux. Le principe 8 consacre le droit de recevoir des soins de santé mentale appropriés aux besoins d'une personne et protège cette personne de tout préjudice.

4.1 Ressources financières pour les soins de santé mentale

Dans certains cadres législatifs ou pays, il peut être possible d'inclure des dispositions spécifiques pour les ressources et le financement des services de santé mentale. Lorsque cela est possible, il est recommandé d'indiquer où les ressources doivent être dépensées, ce qui permet de prévoir une dotation suffisante pour des domaines tels que les programmes de soins de santé mentale communautaires, de prévention et de promotion.

La plupart des législations portant sur la santé mentale ne traitent pas directement du financement. Cet aspect est laissé aux domaines du budget et de la politique. Cela ne signifie cependant pas que la législation ne peut pas influencer directement sur les affectations financières.

Des exemples de quatre moyens par lesquels la législation peut orienter le financement consistent à préconiser la nécessité de:

- *L'égalité avec la santé physique* – Dans beaucoup de pays, la santé mentale accuse un important retard par rapport à la santé physique au plan des normes de soins. La législation peut déclarer que les personnes atteintes de troubles mentaux doivent être traitées sur un pied d'égalité avec les personnes ayant des problèmes de santé physique. Par exemple, une loi peut déclarer que les personnes atteintes de troubles de santé mentale doivent avoir le droit de recevoir un traitement ayant la même qualité et appliquant les mêmes normes que les individus qui reçoivent d'autres types de traitements médicaux. Sans mentionner les finances directement, cette déclaration apparemment simple et inoffensive peut contribuer à obliger les autorités à allouer des ressources supplémentaires à la santé mentale afin de satisfaire à l'exigence législative de l'égalité entre les niveaux de soins de santé mentale et ceux de soins de santé physique. De même, dans les soins du secteur privé, en vertu de la déclaration législative susmentionnée, on peut obliger les compagnies d'assurance maladie à appliquer les principes du financement équitable pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et physique. Ce n'est pas actuellement le cas dans beaucoup de pays.
- *Financement supplémentaire* – Lorsque la législation énonce une obligation de service, c'est une obligation légale de l'appliquer. Par exemple, si une législation spécifique que les personnes atteintes de troubles mentaux aigus qui recherchent des soins volontaires doivent être traitées dans un hôpital général, l'État doit prendre des dispositions pour qu'il en soit ainsi. De même, si un droit particulier qui est légiféré touche un établissement de santé publique (ex. : le droit à la vie privée), il revient aux autorités de s'assurer que les infrastructures et ressources sont disponibles pour que ce droit soit exercé.
- *Réorientation du financement* – La législation peut déterminer une manière de fournir des soins de santé mentale différente de la norme ou du statut légal en vigueur. Par exemple, alors que la législation précédente stipulait que la plupart des personnes reçoivent les soins dans des établissements psychiatriques, une nouvelle loi peut affirmer que la majorité doit recevoir les soins de santé mentale dans leurs communautés locales. Sans faire de déclaration financière en tant que telle, la législation implique qu'une réorientation financière des hôpitaux vers la communauté doit se produire.
- *Financement des organes réglementaires* – Lorsque la législation déclare qu'une structure telle qu'un comité ou un tribunal de révision de la santé mentale soit installée, cette déclaration devient réglementaire et les autorités doivent créer cet organe. Cependant, avant d'adopter une telle législation, le ministère approprié doit s'assurer, au moyen de n'importe quel mécanisme existant dans le pays, que le financement supplémentaire est disponible pour les organes de révision. S'il n'y a pas d'accord à ce sujet, les autorités courent le risque d'avoir peut-être à allouer les fonds consacrés aux services de santé mentale à la création de la structure réglementaire, nuisant ainsi à la prestation des services de santé mentale.

Il est par conséquent facile de comprendre pourquoi les législateurs examinent attentivement chaque clause de législation et ses implications financières potentielles avant d'adopter un projet de loi pour en faire une loi.

4.2 Santé mentale dans les soins de base

Conformément au principe selon lequel les avantages de la santé mentale doivent être mis sur un pied d'égalité avec ceux de la santé générale, les pays peuvent formuler une législation qui garantit l'introduction d'interventions de santé mentale dans les soins de base. Dans les pays à faible revenus confrontés à des pénuries aiguës de professionnels de santé mentale, la prestation de services de santé mentale par le biais des soins de santé générale est la stratégie la plus viable pour améliorer l'accès des populations insuffisamment desservies aux soins de santé mentale. Les soins intégrés peuvent également contribuer à réduire la stigmatisation associée à la recherche de l'aide auprès de services de santé mentale verticalement structurés, améliorant ainsi l'accessibilité.

Il est cependant clair que la législation toute seule ne peut conférer d'effet aux dispositions si l'infrastructure et le personnel nécessaires n'ont pas été préparés et mis en place. Par exemple, le personnel doit être formé pour traiter les troubles mentaux, et les médicaments doivent être disponibles.

Exemple: santé mentale dans les soins de base

La loi albanaise sur la santé mentale (1991) stipule:

Article 5: Les soins de santé mentale pour les personnes atteintes de troubles mentaux sont fournis par les services de soins psychosociaux, le *service de soins de santé primaires par le biais du médecin de famille* et, en particulier, le service médical psychiatrique, qui comprend le traitement d'urgence, le service ambulatoire, les soins hospitaliers, les établissements de réadaptation, les soins de santé communautaires et les services psychosociaux par le biais d'un psychosociologue et d'un assistant social. (nous soulignons)

(Loi sur la santé mentale de 1991, Albanie)

4.3 Affecter des ressources aux populations insuffisamment desservies

A l'intérieur des pays, il y a des disparités dans la prestation des services. Ces disparités peuvent être géographiques (les populations de certaines régions peuvent avoir peu d'accès aux services de santé mentale) ou segmentaires (certaines populations, ex. : les minorités dans la société, peuvent avoir un accès réduit à des services de santé mentale culturellement appropriés). La législation peut aider à réduire ces disparités en définissant des critères de répartition des services basée sur les besoins. (La section 17 ci-dessous décrit comment on peut utiliser la législation au bénéfice des mineurs, des femmes, des minorités et des réfugiés.) Les lois peuvent aussi déclarer simplement que les soins de santé mentale doivent être fournis équitablement (voir l'encadré sur les objectifs de la loi sud-africaine sur les soins de santé mentale à la section 2 ci-dessus).

4.4 Accès aux médicaments et aux interventions psychosociales

Les médicaments psychotropes sont cruciaux pour le traitement de certains troubles mentaux, et jouent un rôle important dans la prévention secondaire. Toutefois, même les médicaments psychotropes de base ne sont pas fréquemment disponibles dans beaucoup de pays. L'action législative peut contribuer à améliorer la disponibilité des médicaments au niveau des soins primaires et secondaires. La législation peut aussi aider à améliorer l'accès aux médicaments dans les pays où il y a peu ou pas de psychiatres, par exemple en permettant aux médecins généralistes et aux autres spécialistes médicaux justifiant de la formation appropriée de prescrire des médicaments psychotropes.

L'approvisionnement en médicaments est un problème dans beaucoup de pays en développement et par rapport à beaucoup de pathologies. Néanmoins, la législation peut veiller

à ce que les médicaments de psychiatrie soient au moins aussi disponibles et accessibles que les médicaments des autres pathologies médicales. Elle peut le faire en incluant une disposition sur "l'égalité avec la santé physique" (décrite ci-dessus) et/ou en déclarant spécifiquement qu'il faut prévoir suffisamment de médicaments de psychiatrie sur la liste des médicaments essentiels du pays, comme l'a fait le Brésil (Arrêté de Service N° 1.077, 2001).

Les médicaments tout seuls ne sont pas suffisants dans le traitement de la plupart des troubles mentaux. D'autres interventions psychosociales telles que le conseil, les psychothérapies spécifiques et la réadaptation professionnelle sont également importantes. L'amélioration de l'accès à de telles interventions nécessite des initiatives de politique ainsi qu'une action législative. En Tunisie, par exemple, la loi déclare que "Toute personne qui souffre de troubles mentaux a droit à des soins médicaux et à un traitement physique appropriés ainsi que, dans la mesure du possible, à l'instruction, la formation et la réadaptation qui l'aideront à développer ses capacités et compétences". (Loi sur la santé mentale, 1992, Tunisie).

4.5 Accès à l'assurance maladie (et autres assurances)

Dans beaucoup de pays, il faut une assurance maladie pour se faire soigner. La législation dans ces pays doit contenir des dispositions visant à prévenir la discrimination contre les personnes atteintes de troubles mentaux dans la souscription d'une assurance maladie suffisante pour les soins et le traitement des problèmes de santé physique et mentale auprès des fournisseurs publics et privés d'assurance maladie. Aux États-Unis d'Amérique, la Loi sur la parité de la santé mentale (1996) empêche les assureurs de faire de la discrimination dans la détermination des plafonds annuels des avantages de la santé mentale par rapport aux avantages pour la réparation de traumatismes physiques (voir aussi la sous-section 4.1 ci-dessus et les commentaires sur l'équité avec la santé physique).

Les récentes tendances des compagnies d'assurance maladie consistent à refuser la couverture sur la base du profil génétique du malade. L'article 6 de la *Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme* stipule que "personne ne peut être soumise à une discrimination sur la base de caractéristiques génétiques qui vise à violer ou qui a pour effet de violer les droits de l'homme, les libertés fondamentales et la dignité humaine".

Pour éliminer de telles pratiques, le Congrès des États-Unis, par exemple, a adopté en 1996 la Loi sur la transférabilité et la responsabilité de l'assurance maladie (HIPAA), qui interdit aux assureurs de refuser aux demandeurs la couverture de l'assurance sur la base des tests génétiques qui démontrent une prédisposition à développer certains troubles mentaux ou physiques.

Dans certains pays, les personnes atteintes de troubles mentaux éprouvent des difficultés à obtenir des assurances telles que l'assurance sur le revenu ou l'assurance sur la protection de l'hypothèque. Comme avec l'assurance médicale, une telle discrimination peut nécessiter la protection de la loi.

4.6 Promouvoir les soins communautaires et la désinstitutionalisation

La législation a un rôle majeur dans la promotion des soins à base communautaire pour les troubles mentaux et la réduction des placements d'office dans les établissements de santé mentale – en particulier les placements de longue durée. La législation peut mettre en œuvre le principe de "l'environnement le moins restrictif" (fournir le traitement dans des environnements et d'une manière qui soient les moins envahissants tout en répondant aux besoins de traitement).

La législation peut exiger que l'admission dans un hôpital ne soit autorisée que si on peut montrer que les options de traitement à base communautaire ne sont pas pratiques ou ont échoué. Par exemple, dès 1978 l'Italie a légiféré que "... la proposition de traitement sanitaire obligatoire ne peut envisager le placement que si les troubles mentaux sont tels qu'ils nécessitent une intervention thérapeutique urgente, si ces interventions ne sont pas acceptées

par le malade, et si les conditions et les circonstances pour la prise de mesures immédiates et opportunes hors de l'hôpital n'existent pas" (nous soulignons) (Traitements sanitaires volontaires et obligatoires, Loi N° 180, 1978, Italie).

Vingt années plus tard, et ne se référant pas uniquement aux placements obligatoires, la loi au Portugal a déclaré que "Les soins de santé mentale sont fournis principalement au niveau communautaire, afin d'éviter le déplacement des malades de leur environnement familial et de faciliter leur réadaptation et leur intégration sociale" (Loi sur la santé mentale 36, 1998, Portugal).

La loi au Brésil déclare simplement qu'une personne a le droit "d'être traitée, de préférence dans les établissements communautaires de santé mentale" (Loi sur la santé mentale N° 10.216, 2001 Brésil), tandis que dans le Rio Negro (Argentine), la loi déclare que "le placement est le dernier recours, toutes les autres options de traitement ayant été épuisées... Dans tous les cas, la durée du séjour est la plus courte possible". Se référant aux malades précédemment placés, cette loi déclare que "la récupération de l'identité, de la dignité et du respect des malades atteints de troubles mentaux, traduite dans leur réintégration dans la communauté, est le but ultime de la présente Loi et de toutes les actions qu'elle prescrit". (Loi sur la promotion des soins de santé et des services sociaux pour les personnes atteintes de maladie mentale 2440, 1991 Rio Negro, Argentine.). Une telle disposition nécessite que les autorités sanitaires responsables des services de santé mentale créent un ensemble de services à base communautaire de qualité suffisante et accessibles aux personnes atteintes de troubles mentaux. Si cela n'est pas fait, le recours devant les tribunaux est possible.

La législation sur la santé mentale peut ainsi promouvoir le développement de services de traitement à base communautaire dans les pays ou régions où on en trouve peu ou aucun. Plusieurs pays prescrivent les services communautaires qui doivent être disponibles. En Jamaïque, par exemple, la loi déclare que "Le service communautaire de santé mentale assure la fourniture de :

- a) services aux pavillons de santé psychiatrique en consultation externe des centres de santé et des hôpitaux généraux;
- b) services de réadaptation pour les personnes après leur sortie d'un établissement psychiatrique;
- c) soins et appui supervisés à domicile pour les personnes atteintes de troubles mentaux; et
- d) services pour la promotion de la santé mentale" (Loi sur la santé mentale, 1997, Jamaïque).

Un autre moyen d'encourager les soins et la réadaptation à base communautaire consiste à adopter des lois qui interdisent les placements d'office pour des périodes plus longues que ce qui est absolument nécessaire compte tenu des circonstances (voir la sous-section 8.3 ci-dessous). Dans certaines circonstances exceptionnelles, il peut être nécessaire de maintenir les placements d'office pour des périodes plus longues que ce qui est habituellement requis, mais dans ce cas, il faut démontrer sans équivoque que les pathologies originales qui ont mené au placement d'office sont encore présentes. L'absence de services pour les soins de suivi ne peut pas être une justification généralement suffisante pour le placement d'office continu. Les services de soins pour le suivi et la réadaptation font partie intégrante des soins et du traitement pour la santé mentale, et par conséquent il est important que la législation prévoie des dispositions en vue de développer ces services au titre de la promotion de l'accès aux soins.

Accès aux soins de santé mentale: les points essentiels

- L'amélioration de l'accès aux soins de santé mentale est une fonction importante de la législation. Il s'ensuit qu'il faut augmenter la disponibilité des services, améliorer l'accessibilité financière et géographique et fournir des services qui sont acceptables et de qualité suffisante.
- Dans certains pays, il peut être possible d'inclure des dispositions spécifiques pour l'affectation de ressources et le financement des services de santé mentale. Si possible, il est recommandé d'indiquer où les ressources doivent être dépensées, permettant ainsi une affectation suffisante pour des domaines tels que les programmes de soins de santé mentale communautaire, de prévention et de promotion.
- La plupart des législations portant sur la santé mentale ne traitent pas directement du financement. Les lois peuvent néanmoins influencer sur l'allocation des ressources; par exemple, en incluant une disposition sur la nécessité de l'équité avec la santé physique, en précisant de nouvelles exigences de service qui peuvent nécessiter un financement supplémentaire ou la réorientation des fonds existants, et/ou en énonçant la nécessité de la création de comités ou de tribunaux de révision de la santé mentale.
- La législation peut encourager l'introduction d'interventions de santé mentale dans les environnements de soins de santé primaires, ce qui permet d'accroître l'accès aux soins pour les populations insuffisamment desservies et de réduire la stigmatisation liée aux troubles mentaux.
- En définissant des critères de répartition des services basés sur les besoins, la loi sur la santé mentale peut contribuer à réduire les disparités géographiques et segmentaires dans la prestation des services.
- La législation peut également améliorer l'accès aux médicaments psychotropes par exemple en incluant une disposition sur l'équité avec la santé physique; en déclarant spécifiquement qu'il faut prévoir suffisamment de médicaments de psychiatrie sur la liste des médicaments essentiels du pays et en permettant aux médecins généralistes et à d'autres spécialistes médicaux justifiant de la formation appropriée de prescrire ces médicaments.
- La législation sur la santé mentale doit aussi encourager l'accès aux interventions psychosociales telles que le conseil, différentes psychothérapies et la réadaptation professionnelle.
- Les services de soins de suivi et de réadaptation font partie intégrante des soins et du traitement pour la santé mentale, et par conséquent il est important que la législation prévoit des dispositions visant à développer ces services au titre de la promotion de l'accès aux soins.
- Dans les pays qui ont des plans d'assurance maladie publics ou privés, la législation doit veiller à ce que les personnes atteintes de troubles mentaux puissent obtenir une couverture suffisante pour le traitement des pathologies mentales et physiques.
- En mettant en œuvre le principe de "l'environnement le moins restrictif", la législation peut promouvoir les soins à base communautaire pour les troubles mentaux et réduire les placements d'office dans les établissements de santé mentale, en particulier les placements de longue durée.

5. Droits des usagers des services de santé mentale

La présente section discute de droits importants des usagers des services de santé mentale que la législation doit protéger formellement. Certains de ces droits (ex.: la confidentialité) ne sont pas spécifiques aux usagers des services de santé mentale; ils s'appliquent également aux autres usagers des services de santé. Cependant, les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent avoir besoin d'une protection spéciale et supplémentaire au regard de l'historique d'abus des droits de l'homme, de stigmatisation et de discrimination et, quelquefois, en raison des particularités des troubles mentaux. Les personnes atteintes de troubles mentaux sont quelquefois traitées comme des "non-personnes", un peu comme on traite les enfants – ou pire encore – les animaux. Elles sont souvent considérées comme manquant de capacité de prise de décision adulte, ce qui aboutit à un mépris total de leurs sentiments et de leur dignité humaine.

Les droits d'usager discutés ci-dessous s'appliquent également aux usagers de tous les types de services de santé mentale. Plusieurs législations de santé mentale précisent les droits des personnes atteintes de troubles mentaux (ex. : Brésil, Lituanie, Portugal, Fédération de Russie, Afrique du Sud, ancienne République yougoslave de Macédoine et beaucoup d'autres). Dans la présente section, certains des droits les plus importants, bien que manifestement pas tous, sont mis en lumière et discutés.

5.1 Confidentialité

Principes MI: Confidentialité

Le droit à la confidentialité des renseignements concernant toutes les personnes auxquelles s'appliquent les présents Principes doit être respecté.

(Principe 6, Principes MI)

Les personnes atteintes de troubles mentaux ont le droit à la confidentialité des informations relatives à elles-mêmes et à leurs maladie et traitement; ces informations ne doivent pas être révélées à des tiers sans leur consentement.

Les professionnels de santé mentale sont liés par des codes de déontologie professionnelle qui comprennent généralement des règles de confidentialité. Tous les professionnels impliqués dans les soins aux personnes atteintes de troubles mentaux ont le devoir de prévenir toute violation de la confidentialité. Il est important que tous les membres de l'équipe de santé mentale soient informés des règles qui les obligent à préserver la confidentialité. Les autorités responsables des établissements de santé mentale doivent également s'assurer que des processus appropriés sont en place pour protéger la confidentialité des personnes atteintes de troubles mentaux. En d'autres termes, il faut avoir en place un système efficace afin que seules les personnes habilitées aient accès aux notes cliniques des malades ou à d'autres mécanismes d'enregistrement de données tels que les bases de données électroniques.

La législation sur la santé mentale peut aussi protéger la confidentialité en prévoyant des sanctions pour les violations de la confidentialité par les professionnels ou les services de santé mentale. Autant que possible, des recours autres que des poursuites judiciaires, tels que l'éducation de la personne et des procédures administratives appropriées, doivent être utilisés dans les cas où la confidentialité des malades a été violée. Néanmoins, des sanctions pénales peuvent être nécessaires dans certains cas exceptionnels.

Dans certains cas exceptionnels, la confidentialité peut être violée. La législation peut préciser les circonstances dans lesquelles les informations sur les malades mentaux peuvent être divulguées à des tiers sans le consentement préalable de l'usager. Ces exceptions peuvent comprendre des situations telles que les urgences potentiellement mortelles ou s'il y a probabilité de préjudice à autrui. La loi peut aussi souhaiter couvrir des circonstances telles que la prévention d'une forte morbidité ou d'une grande souffrance. Cependant, seules les informations en rapport direct avec le but recherché doivent être divulguées. Par ailleurs, lorsque les tribunaux exigent la divulgation d'informations cliniques aux autorités judiciaires (dans les cas pénaux, par exemple), et si les informations sont pertinentes pour le cas particulier, les professionnels de santé mentale sont obligés de fournir les informations demandées. Il y a d'autres questions compliquées relatives à la nécessité de maintenir la confidentialité et de partager certaines informations avec les principaux prestataires de soins, qui sont souvent des membres de famille (discuté à la section 6 ci-dessous). La législation peut veiller à ce que les malades et leurs représentants personnels aient le droit de demander la révision judiciaire ou de faire appel contre des décisions de divulgation d'informations.

5.2 Accès à l'information

Les personnes atteintes de troubles mentaux doivent avoir le droit statutaire d'accéder librement et totalement à leurs dossiers cliniques que conservent les établissements et les professionnels de santé mentale. Ce droit est protégé par les normes générales des droits de l'homme, notamment l'article 19 de l'ICCPR et les Principes MI.

Principes MI: Accès aux informations

1. Un patient ... doit avoir accès aux informations le concernant se trouvant dans ses dossiers médical et personnel que le service de santé mentale détient. Ce droit peut faire l'objet de restrictions afin d'empêcher qu'un préjudice grave ne soit causé à la santé du patient et d'éviter de compromettre la sécurité d'autrui. Au cas où la législation nationale le permet et si la discrétion peut être garantie, les renseignements qui ne sont pas donnés au patient peuvent être donnés au représentant personnel et au conseil du patient. Quand une partie des informations n'est pas communiquée à un patient, le patient ou le conseil du patient, le cas échéant, doit être avisé de la non-communication et des raisons qui la motivent et la décision peut faire l'objet d'un réexamen par le tribunal.

2. Toutes observations écrites du patient, du représentant personnel ou du conseil du patient doivent, à la demande de l'un d'eux, être versées au dossier du patient.

(Principe 19(1) et (2), Principes MI)

Il est possible que dans des situations exceptionnelles, la divulgation du contenu des dossiers cliniques d'une personne puisse mettre la sécurité d'autrui à risque ou causer un dommage grave à la santé mentale de cette personne. Par exemple, les dossiers cliniques contiennent quelquefois des informations fournies par des tiers, tels que les parents ou d'autres professionnels, au sujet d'un malade gravement dérangé qui, si elles sont révélées à ce malade à un moment particulier, peuvent provoquer une rechute grave ou, pire encore, amener le malade à se faire du mal ou à faire du mal à d'autres. Beaucoup de juridictions donnent par conséquent aux professionnels le droit (et le devoir) de retenir ces parties des dossiers. Normalement, la rétention des informations ne peut se faire qu'à titre temporaire, jusqu'au moment où les personnes sont en mesure de faire face rationnellement aux informations. La législation peut veiller à ce que les malades et leurs représentants personnels aient le droit de demander la révision judiciaire ou de faire appel contre des décisions de rétention d'informations.

Les malades et leurs représentants personnels peuvent également avoir le droit de demander que leurs commentaires soient insérés dans les dossiers médicaux sans modifier en aucune manière les dossiers existants.

La législation (ou les règlements) peuvent définir la procédure par laquelle les malades peuvent exercer leur droit d'accès aux informations. Elle peut comprendre les éléments suivants:

- la procédure de demande d'accès aux informations;
- la personne habilitée à faire une telle demande;
- la période de temps pendant laquelle le service de santé mentale doit rendre disponibles les dossiers après réception de la demande;
- les professionnels qui doivent examiner les dossiers avant qu'ils ne soient mis à la disposition du malade et/ou de ses représentants personnels et certifier quelles parties ne doivent pas être divulguées (le cas échéant), et les raisons de cette décision;
- lorsque seules des informations partielles sont communiquées aux malades et/ou à leur représentant personnel, les raisons de la non-communication du dossier complet doivent leur être fournies;
- la définition des circonstances exceptionnelles dans lesquelles l'accès aux informations peut être refusé.

Il est aussi important que les services de santé aient un membre du personnel disponible pour examiner et expliquer au malade et/ou son représentant légal les informations contenues dans le dossier ou le registre du malade.

5.3 Droits et conditions dans les services de santé mentale

Les personnes atteintes de troubles mentaux qui résident dans les établissements de santé mentale sont souvent sujettes à de mauvaises conditions de vie, telles que l'absence ou l'insuffisance de vêtements, de mauvaises conditions d'hygiène, une nourriture insuffisante et de mauvaise qualité, l'absence de vie privée, le travail forcé, les abus physiques, mentaux et sexuels de la part d'autres malades et du personnel (voir le chapitre 1, sous-section 3.2). Ces conditions violent les normes internationalement convenues pour les droits et conditions dans les établissements de santé mentale.

Principes MI: Droits et conditions de vie dans les services de santé mentale

1. Tout patient admis dans un service de santé mentale a droit, en particulier, au plein respect de :

- (a) La reconnaissance en droit en tant que personne en toutes circonstances;
- (b) La vie privée;
- (c) La liberté de communication, notamment avec autrui dans le service; la liberté d'envoyer et de recevoir des communications privées sans aucune censure; la liberté de recevoir des visites privées d'un conseil ou d'un représentant personnel et, chaque fois que cela est raisonnable, d'autres visiteurs; et la liberté d'accès aux services postaux et téléphoniques ainsi qu'aux journaux, à la radio et à la télévision;
- (d) La liberté de religion ou de conviction.

2. L'environnement et les conditions de vie dans les services de santé mentale doivent être aussi proches que possible de la vie normale des personnes d'un âge correspondant, et notamment comprendre:

- (a) Des installations pour les loisirs;
- (b) Des moyens d'éducation;
- (c) Des possibilités d'acheter ou de recevoir les articles nécessaires à la vie quotidienne, aux loisirs et à la communication;
- (d) Des moyens permettant au patient de se livrer à des occupations actives adaptées à son milieu social et culturel, des encouragements à user de ces moyens, et des mesures de réadaptation professionnelle de nature à faciliter sa réinsertion dans la société. Il doit être prévu à ce titre des services d'orientation et de formation professionnelle ainsi que de placement pour permettre aux patients de trouver ou de conserver un emploi dans la société.

3. En aucun cas le patient ne peut être soumis à un travail forcé. Dans la mesure où les besoins du patient et les exigences de l'administration des établissements le permettent, un patient peut choisir le type de travail auquel il souhaite se livrer.

4. Le travail effectué par un patient dans un service de santé mentale ne doit pas donner lieu à exploitation. Tout patient a droit, pour tout travail effectué par lui, à la même rémunération que celle qu'une personne extérieure recevrait pour un travail identique selon les lois ou les coutumes du pays. Le patient a en toutes circonstances le droit de recevoir une part équitable de toute rémunération versée au service de santé mentale pour son travail.

(Principe 13, Principes MI)

5.3.1 Environnement

Les malades admis dans des établissements de santé mentale ont le droit d'être protégés de traitements cruels, inhumains et dégradants conformément à l'article 7 de la Convention internationale sur les droits civiques et politiques (ICCPR).

La fourniture d'un environnement sûr et hygiénique est une préoccupation sanitaire et est cruciale au bien-être total d'une personne. Aucun individu ne doit être soumis à des conditions dangereuses ou insalubres lorsqu'il reçoit un traitement de santé mentale.

Certains établissements manquent de nourriture et de vêtements suffisants pour les résidents, sont incapables de fournir un chauffage suffisant ou un habillement chaud pendant l'hiver, ont des pièces ou des salles qui ne sont pas conçues pour prévenir des traumatismes, manquent d'infrastructures de soins de santé suffisantes pour prévenir la propagation de maladies transmissibles, et peuvent ne pas avoir d'installations suffisantes pour maintenir des normes minimales d'hygiène et d'assainissement. La pénurie de personnel peut mener à des pratiques par lesquelles les malades sont forcés d'exécuter des travaux d'entretien sans salaire ou en échange de petits privilèges. Ces pratiques constituent un traitement inhumain et dégradant et sont une violation de l'article 7 de l'ICCPR.

Les Principes MI déclarent que l'environnement dans les établissements de santé mentale doit être aussi proche que possible de celui de la vie normale. Y sont compris les installations pour les loisirs, l'éducation, la pratique religieuse et la réadaptation professionnelle.

La législation (ou la réglementation qui l'accompagne) doit fixer des conditions minimales à maintenir dans les établissements de santé mentale pour garantir un environnement de vie suffisamment sûr, thérapeutique et hygiénique. La législation peut aussi comprendre des dispositions pour un "comité de visite" chargé de visiter les établissements afin de s'assurer que ces droits et conditions sont respectés et maintenus (voir la section 13 ci-dessous). Il est important que la législation stipule les mesures que le comité de visite peut prendre si les conditions ne sont pas respectées, parce que si on ne leur confère pas des pouvoirs légaux, ces comités risquent de devenir simplement la partie cooptée d'un système abusif.

5.3.2 Vie privée

La vie privée est un concept général qui limite jusqu'où la société peut s'ingérer dans les affaires d'une personne. Elle comprend le secret de l'information, le secret corporel, le secret des communications et le secret territorial. Ces droits sont fréquemment violés à l'encontre des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier dans les établissements psychiatriques. Par exemple, les malades peuvent être forcés à vivre pendant des années dans des salles-dortoir ou "entrepôts humains" qui prévoient peu d'espace privé. Des installations telles que les armoires pour la garde d'objets personnels peuvent manquer. Même lorsque les malades ont une chambre simple ou double, le personnel ou d'autres malades peuvent violer leur espace personnel.

La législation peut rendre obligatoire le respect du secret physique des malades et contraindre les services de santé mentale à être structurés pour que ce respect soit possible. Cependant, cela peut être difficile dans les pays à faible revenu et aux ressources limitées; dans ces circonstances, le principe précédemment établi de parité avec les autres soins de santé doit être une première étape. Même avec la parité, il est possible que les problèmes persistent. Il en est ainsi parce que les conditions qui prévalent dans beaucoup d'hôpitaux généraux des pays en développement sont très en deçà des normes de vie privée acceptables, et parce que les conditions dans les situations de soins à long terme (où la vie privée, voire l'intimité, est la plus problématique) doivent être très différentes de celles des soins intensifs à court terme. Manifestement, les exigences de vie privée dans un établissement qui est assimilé au domicile d'une personne sont très différentes de celles requises pour un séjour hospitalier de courte durée.

Dans les pays où il y a beaucoup de personnes en soins institutionnels et dans les salles individuelles, il est nécessaire d'évoluer vers les objectifs de vie privée et de mesurer la réalisation progressive de ces droits. Par exemple, dans les établissements où plusieurs personnes partagent une pièce, même la fourniture d'une pièce privée dans laquelle se détendre est une étape vers la réalisation de plus grands droits à la vie privée. En outre, si des services suffisants sont fournis dans la communauté, la désinstitutionnalisation peut elle-même devenir un moyen permettant à beaucoup de personnes de jouir de plus de vie privée en les sortant du milieu hospitalier bondé et impersonnel.

Cependant, il est important de noter que dans les établissements de santé mentale, le droit à la vie privée ne signifie pas que, dans des circonstances particulières telles que celles d'un malade suicidaire, cette personne ne peut pas être fouillée ou observée continuellement pour sa propre protection. Dans ces circonstances, la restriction du droit à la vie privée doit être examinée avec soin par rapport au droit internationalement accepté.

5.3.3 Communication

Les malades, surtout ceux admis d'office, ont le droit de communiquer avec le monde extérieur. Dans beaucoup de services, des réunions intimes avec la famille, y compris l'époux et les amis, sont limitées. La communication est souvent écoutée, les lettres ouvertes et quelquefois censurées. La législation peut interdire de telles pratiques dans les établissements de santé mentale. Cependant, tout comme avec la confidentialité et l'accès à l'information (discutés ci-dessus), il peut y avoir des circonstances exceptionnelles dans lesquelles la communication doit aussi être limitée. S'il est raisonnablement démontré que le fait de ne pas limiter les communications serait néfaste à la santé du malade ou à son avenir, ou que ces communications empièteront sur les droits et libertés d'autrui, alors il peut être raisonnable de restreindre ces communications. Par exemple, quand un malade donne des coups de téléphone désagréables répétés ou envoie des lettres à une autre personne, ou lorsqu'un malade atteint d'une pathologie dépressive écrit et projette d'envoyer une lettre de démission à un employeur. La législation peut définir les circonstances exceptionnelles tout en stipulant le droit à faire appel de ces restrictions.

5.3.4 Travail

La législation peut interdire l'usage du travail forcé dans les établissements de santé mentale. Y sont comprises les situations où les malades sont forcés de travailler contre leur gré (par exemple, à cause de pénuries de personnel dans l'établissement), ou ne sont pas rémunérés convenablement et suffisamment pour le travail exécuté, et où on fait effectuer aux malades le travail personnel des collaborateurs de l'établissement en échange de petits privilèges.

Le travail forcé ne doit pas être confondu avec la thérapie professionnelle. Il ne faut pas non plus le comparer aux situations où, dans le cadre d'un programme de réadaptation, les malades doivent faire leur propre lit ou faire la cuisine pour les personnes de leur établissement. Cependant, il y a des zones d'ombre, et toute législation doit s'efforcer de jeter autant de clarté que possible sur ces questions.

5.4 Notification de droits

Bien que la législation puisse conférer beaucoup de droits aux personnes atteintes de troubles mentaux, celles-ci ignorent fréquemment leurs droits et sont donc incapables de les exercer. Il est par conséquent essentiel que la législation comprenne une disposition pour l'information des malades sur leurs droits lorsqu'ils traitent avec les services de santé mentale.

Principes MI: Notification de droits

1. Dès son admission dans un service de santé mentale, tout patient doit être informé dès que possible, sous une forme et dans un langage qu'il peut comprendre, de tous ses droits conformément aux présents Principes et en vertu de la législation nationale, et cette information sera assortie d'une explication de ces droits et des moyens de les exercer.

2. Si le patient n'est pas capable de comprendre ces informations, et tant que cette incapacité durera, ses droits seront portés à la connaissance de son représentant personnel le cas échéant, et de la personne ou des personnes qui sont les mieux à même de représenter ses intérêts et qui sont disposées à le faire.

(Principe 12(1) et (2), Principes MI)

La législation peut veiller à ce que les malades reçoivent les informations concernant leurs droits à l'admission dans un service de santé mentale, ou dès que l'état du malade le permet après le placement. Ces informations doivent comprendre une explication de la signification de ces droits et de la manière dont ils peuvent être exercés, et doivent être transmises de telle manière que les malades puissent les comprendre. Dans les pays où plusieurs langues sont parlées, les droits doivent être communiqués dans la langue de choix de la personne.

Un exemple de document de droits – *Vos droits en tant que client ou patient* du Département des services de santé mentale et de toxicomanie du Connecticut – est présenté à l'annexe 6. L'annexe 7 est un résumé d'un document des droits des malades remis à tous les malades mentaux dans le Maine aux Etats-Unis d'Amérique.

Il convient cependant de relever que les niveaux d'instruction et de compréhension des expressions et procédures techniques sont cruciaux, et les exemples fournis peuvent être inappropriés pour beaucoup de pays. Néanmoins, les pays peuvent préparer des brochures, affiches et dépliants, par exemple, ou utiliser d'autres mécanismes qui sont facilement compréhensibles et reflètent les droits des populations dans leur propre pays. La législation peut prévoir des dispositions pour communiquer ces droits aux représentants personnels et/ou membres de famille dans le cas de malades qui n'ont pas la capacité de comprendre ces informations.

Droits des usagers des services de santé mentale: les points essentiels

Confidentialité

- La législation doit veiller à ce que les droits des malades à la confidentialité soient respectés.
- La législation doit préciser que toutes les informations obtenues dans un contexte clinique (c.-à-d. dans le contexte de soins et de traitement dans tout environnement) sont confidentielles et que tous les intéressés ont la responsabilité de maintenir la confidentialité. Les intéressés comprennent nécessairement toutes les personnes dans les établissements et services qui fournissent soins et traitement aux personnes atteintes de troubles mentaux.
- La législation peut prévoir des sanctions contre les professionnels et/ou services de santé mentale qui violent délibérément la confidentialité.
- Les dispositions portant sur la confidentialité dans la législation doivent également s'appliquer aux informations stockées sous format électronique/digital, y compris les bases de données nationales et régionales, ainsi que les registres de référence contenant des informations personnelles sur les personnes atteintes de troubles mentaux.
- La législation peut définir les circonstances exceptionnelles dans lesquelles la confidentialité peut être légalement violée, notamment:
 - a) les urgences potentiellement mortelles, lorsque les informations sont requises d'urgence pour sauver des vies;
 - b) la forte probabilité de préjudice ou de traumatisme grave pour la personne intéressée ou les autres personnes;
 - c) la prévention d'une forte morbidité et de grandes souffrances;
 - d) dans l'intérêt de la sécurité publique;

- e) lorsque les tribunaux l'ordonnent (dans les cas pénaux, par exemple).
- La législation peut disposer que les malades et leurs représentants personnels ont le droit de demander la révision judiciaire ou de faire appel contre les décisions de divulgation des informations.

Accès aux informations

- La législation doit veiller à ce que les personnes atteintes de troubles mentaux aient le droit d'accéder librement et totalement à leurs dossiers cliniques.
- La législation doit également préciser les circonstances exceptionnelles dans lesquelles l'accès à ces informations peut être restreint (lorsque la divulgation des informations contenues dans les dossiers cliniques peut mettre la sécurité d'autrui à risque, ou causer un préjudice grave à la santé mentale de la personne).
- La rétention des informations ne doit être que temporaire, jusqu'au moment où la personne est plus en mesure de faire face rationnellement aux informations.
- La législation pourrait stipuler que les malades et leurs représentants personnels ont le droit de demander la révision judiciaire ou de faire appel contre les décisions de retenir des informations.
- Les malades et leurs représentants personnels peuvent également avoir le droit de demander que leurs commentaires soient insérés dans les dossiers médicaux sans modifier en aucune manière les dossiers existants.
- La législation (ou la réglementation) peut définir la procédure qu'utiliseront les malades pour exercer leur droit d'accès aux informations.
- Il est également important que les services de santé aient un membre du personnel disponible pour examiner et expliquer au malade et/ou représentant légal les informations contenues dans le dossier ou registre du malade.

Droits et conditions dans les services de santé mentale

La législation doit protéger les malades admis dans les établissements de santé mentale contre les traitements cruels, inhumains et dégradants. En particulier, la législation peut préciser que:

- a) un environnement sûr et hygiénique soit fourni;
- b) des conditions sanitaires appropriées soient maintenues dans les établissements;
- c) l'environnement de vie comprenne des infrastructures pour les loisirs, la récréation, l'éducation et la pratique religieuse;
- d) des dispositions appropriées soient prises pour la réadaptation professionnelle (ce qui aidera les malades à se préparer à la vie dans la société une fois sortis de l'établissement);
- e) le droit à l'interaction avec les membres du même sexe et du sexe opposé soit garanti;
- f) l'environnement soit structuré de telle sorte que la vie privée du malade soit protégée autant que possible;
- g) les malades bénéficient du droit de communiquer librement et sans restriction avec le monde extérieur, y compris de recevoir des visites, des lettres et d'autres communications d'amis, de la famille et d'autrui (toute situation exceptionnelles dans laquelle la communication pourrait être restreinte doit être stipulée dans la législation);
- h) les malades ne doivent pas être forcés à effectuer un travail qu'ils ne souhaitent pas faire, et quand ils travaillent effectivement, ils doivent être rémunérés convenablement.

Notification de droits

- La législation doit comprendre une disposition pour l'information des malades sur leurs droits le plus tôt possible, quand ils traitent avec les services de santé mentale. La notification de leurs droits doit avoir lieu dans le délai le plus bref possible.
- Ces informations doivent être communiquées de telle manière que les malades soient en mesure de les comprendre.
- La législation peut prévoir également des dispositions pour communiquer ces droits aux représentants personnels et/ou membres de famille dans le cas de malades qui n'ont pas la capacité de comprendre ces informations.

6. Droits des familles et des soignants des personnes atteintes de troubles mentaux

Les rôles des familles ou d'autres prestataires de soins des personnes atteintes de troubles mentaux varient considérablement d'un pays et d'une culture à l'autre. Néanmoins, il est courant que les familles et les prestataires de soins assument beaucoup de responsabilités pour s'occuper des personnes atteintes de troubles mentaux. Ces responsabilités comprennent le logement, l'habillement et l'alimentation des malades, et le rappel pour qu'ils se souviennent de prendre leur traitement. Les familles et les autres prestataires de soins s'assurent également que les malades bénéficient des programmes de soins et de réadaptation et les aident à les poursuivre. Ils subissent souvent les aléas du comportement de la personne quand elle est malade ou fait des rechutes, et ce sont souvent les prestataires de soins /membres de famille qui aiment, soignent et se soucient véritablement de la personne atteinte de troubles mentaux. Quelquefois ils deviennent les cibles de la stigmatisation et de la discrimination. Dans certains pays, les familles et les prestataires de soins portent également la charge légale de la responsabilité civile consécutive aux actions des personnes atteintes de troubles mentaux. Il convient de reconnaître le rôle important des familles dans la législation.

Les membres de famille et les prestataires de soins ont besoin d'informations sur la maladie et les plans de traitement pour pouvoir mieux s'occuper de leurs parents malades. La législation ne doit pas refuser arbitrairement des informations simplement pour des raisons de confidentialité – bien que la force du droit d'un individu à la confidentialité puisse varier de culture à culture. Par exemple, dans certaines cultures le refus d'un malade de permettre la divulgation d'informations aux membres de famille ou aux prestataires de soins doit être pleinement respecté, tandis que dans d'autres cultures la famille peut être considérée comme un tout structuré, et la confidentialité peut s'étendre à des membres culturellement déterminés de cette famille. Il est probable, dans ces situations, que les malades eux-mêmes sont plus enclins à accepter la nécessité de fournir des informations aux membres de famille. Dans les pays où l'accent est davantage mis sur l'individu par opposition à la famille, il est plus probable que l'individu lui-même soit moins enclin à divulguer les informations. Beaucoup de variations et gradations sont possibles en fonction des pratiques culturellement acceptées. Par exemple, une position pourrait être que les membres de la famille qui ont la responsabilité actuelle des soins au malade peuvent recevoir quelques informations requises pour la réalisation de leur rôle d'accompagnement dans la vie du malade, mais pas celles relatives à d'autres questions cliniques ou psychothérapeutiques.

Le droit à la confidentialité n'est cependant pas contesté. Dans la législation, ce droit doit être interprété au niveau du pays en tenant compte des réalités culturelles locales. En Nouvelle Zélande, par exemple, aux termes de l'amendement de la Loi de 1999 sur la santé mentale, Article 2 (Évaluation et traitement obligatoires), "... les pouvoirs législatifs doivent être exercés ou les débats menés: a) en reconnaissant dûment l'importance et la signification pour la personne des liens de la personne avec sa famille, *whanau*, *hapu*, *iwi*,¹ et son groupe familial; b) en reconnaissant dûment la contribution que ces privilèges ont sur le bien-être de la personne; et c) en respectant dûment l'identité culturelle et ethnique, la langue et les croyances religieuses de la personne".

Les familles peuvent jouer un rôle important en contribuant à la formulation et à la mise en oeuvre d'un plan de traitement pour le malade, surtout si le malade est incapable de le faire seul. La loi mauricienne déclare que "le malade... ou les parents peuvent participer à la formulation du plan de traitement" (Loi sur les soins de santé mentale, Loi 24 de 1998, Maurice).

La législation peut également garantir la participation des familles à beaucoup d'aspects des services de santé mentale et des procédures légales. Par exemple, les membres de famille peuvent avoir le droit de faire appel contre les décisions de placement et de traitement non volontaire au nom de leur parent, si ce dernier n'a pas les capacités pour le faire lui-même. De même, ils peuvent demander la libération d'un délinquant mentalement malade. Les pays

¹ *Whanau* (groupes familiaux élargis), *hapu* (sous-tribus, formées de plusieurs *whanau*), et *iwi* (tribus, composées de plusieurs *hapu*).

peuvent choisir également de légiférer que les groupes de famille doivent être représentés dans les comités de révision (voir la sous-section 13.2.1 ci-dessous).

La législation peut également veiller à ce que les membres de famille soient impliqués dans l'élaboration de la politique et de la législation sur la santé mentale, ainsi que dans la planification du service de santé mentale. Aux États-Unis, la Loi publique 99-660, la Loi sur l'amélioration de la qualité des soins de santé (1986) stipulent que chaque État doit créer un "conseil de la planification" qui doit être composé d'au moins 51% d'usagers et de parents. Ce conseil de la planification est chargé de créer et de faire le suivi constant d'un plan annuel de système de service à l'échelon de l'État qui doit être approuvé par le conseil.

Il est impossible de faire une couverture exhaustive de toutes les situations où la participation des familles devient nécessaire. La législation peut plutôt codifier le principe que les membres de famille et les organisations familiales sont des intervenants importants dans le système de santé mentale, et peuvent par conséquent être représentés dans tous les forums et agences où sont prises les décisions stratégiques concernant les services de santé mentale.

Familles et prestataires de soins des personnes atteintes de troubles mentaux: les points essentiels

- Il est courant pour les familles et les prestataires de soins d'assumer d'importantes responsabilités pour s'occuper des personnes atteintes de troubles mentaux, et la législation doit le faire ressortir.
- La législation ne doit pas refuser arbitrairement des informations simplement pour des raisons de confidentialité – bien que l'importance que revêt le droit d'un individu à la confidentialité puisse varier d'une culture à l'autre.
- Les familles peuvent jouer un rôle important en contribuant à la formulation et à la mise en oeuvre d'un plan de traitement pour le malade, surtout si le malade est incapable de le faire seul.
- La législation peut veiller à ce que les familles et les prestataires de soins aient accès à l'aide et aux services dont ils ont besoin pour s'occuper d'une personne atteinte de troubles mentaux.
- La législation peut garantir la participation des familles et prestataires de soins à beaucoup d'aspects des services de santé mentale, ainsi qu'aux procédures légales telles que le placement d'office et l'appel.
- La législation peut également veiller à ce que les membres de famille et les prestataires de soins soient impliqués dans l'élaboration de la politique et de la législation de santé mentale, ainsi que dans la planification des services de santé mentale.

7. Compétence, capacité et tutelle

La plupart des personnes atteintes de troubles mentaux conservent la capacité de faire des choix et de prendre des décisions en connaissance de cause sur des questions importantes qui touchent leur vie. Cependant, cette capacité peut être affaiblie chez celles qui sont atteintes de troubles mentaux graves. Dans ces circonstances, la législation doit avoir des dispositions convenables qui permettent la gestion des affaires des personnes atteintes de troubles mentaux dans leur meilleur intérêt.

Deux concepts qui sont essentiels aux décisions sur la question de savoir si une personne peut ou non opérer des choix sur diverses questions sont la "compétence" et la "capacité". Ces concepts affectent les décisions de traitement dans les cas civils et pénaux, et l'exercice des droits fondamentaux par les personnes atteintes de troubles mentaux. La législation peut par conséquent devoir définir la capacité et la compétence, définir les critères pour les déterminer, déterminer la procédure pour leur évaluation, et recenser les actions qui doivent être menées lorsqu'on conclut à un manque de capacité et/ou de compétence.

7.1 Définitions

Il y a une tendance à utiliser indifféremment les termes "capacité" et "compétence" par rapport à la santé mentale; cependant, ils ne sont pas synonymes. Généralement, la capacité fait référence spécifiquement à la présence de capacités mentales en vue de prendre des décisions ou de mener une action (voir la sous-section 3.3 sur le concept d' "incapacité mentale"), tandis que la compétence fait référence aux conséquences juridiques de l'absence de capacité mentale.

Dans ces définitions, la "capacité" est un concept de santé, alors que la "compétence" est un concept juridique. La capacité fait référence aux niveaux individuels de fonctionnement, et la compétence à leur impact sur la situation juridique et sociale. Par exemple, une personne peut manquer de capacité mentale à cause de troubles mentaux graves, et cela peut amener à conclure qu'elle n'est pas compétente pour prendre des décisions financières.

Cette distinction entre capacité et compétence n'est pas universellement acceptée. Dans certains systèmes juridiques, l'incapacité est utilisée pour signifier l'incapacité juridique, comme lorsque les mineurs en deçà d'un certain âge ne sont pas autorisés à exercer certains droits ou privilèges. La compétence, en revanche, est un terme juridique appliqué aux individus qui ne peuvent pas comprendre la nature et le but de la décision à prendre. Dans ces cas, les deux termes peuvent être considérés comme des concepts juridiques.

Le présent Ouvrage de référence utilise la distinction entre capacité comme concept de santé et compétence comme concept juridique lorsqu'il discute des questions liées à la capacité et à la compétence.

7.2 Évaluation de l'incapacité

Ordinairement, il y a présomption de capacité et, par conséquent, de compétence. Ainsi, une personne est présumée capable et compétente pour prendre des décisions, sauf preuve du contraire. La présence de troubles mentaux majeurs n'implique pas en soi l'incapacité en ce qui concerne les fonctions de prise de décision. Par conséquent, la présence de troubles mentaux n'est pas le facteur déterminant global de la capacité, et certainement pas de la compétence.

En outre, malgré la présence d'un trouble qui peut affecter la capacité, une personne peut encore avoir la capacité d'exécuter des fonctions de prise de décision. La capacité et la compétence sont donc spécifiques de la fonction. Par conséquent, puisque la capacité peut fluctuer de temps à autre, et n'est pas un concept "tout ou rien", elle doit être considérée dans le contexte de la décision ou fonction spécifique à accomplir.

Quelques exemples de capacités spécifiques (qui diffèrent selon les pays) sont les suivants:

7.2.1 Capacité à prendre une décision de traitement

La personne doit avoir la capacité de: a) comprendre la nature de la pathologie pour laquelle le traitement est proposé; b) comprendre la nature du traitement proposé; et c) apprécier les conséquences du fait de donner ou de refuser le consentement au traitement.

7.2.2 Capacité à choisir un décideur de substitution

La personne doit avoir la capacité de: a) comprendre la nature de la nomination et les devoirs du décideur de substitution; b) comprendre le rapport avec le remplaçant proposé; et c) apprécier les conséquences de la nomination du décideur de substitution.

7.2.3 Capacité à prendre une décision financière

La personne doit avoir la capacité de: a) comprendre la nature de la décision financière et les choix disponibles; b) comprendre le rapport vis-à-vis des parties à la transaction, et/ou des bénéficiaires potentiels de la transaction; et c) apprécier les conséquences de la prise de la décision financière.

La décision de manque de capacité doit être limitée dans le temps (c.-à-d. elle devra être examinée de temps en temps), parce qu'une personne peut avec le temps recouvrer une fonctionnalité partielle ou complète, avec ou sans traitement du trouble mental.

7.3 Décider de l'incapacité et de l'incompétence

Un professionnel de santé peut décider de *l'incapacité*, mais c'est une instance judiciaire qui décide de *l'incompétence*. La capacité est le test de la compétence, et les personnes ne doivent être jugées comme manquant de compétence que si elles sont réellement incapables de prendre des types spécifiques de décisions à un moment spécifique.

La législation sur la santé mentale (ou toute autre législation pertinente) peut définir la procédure à suivre pour décider de la compétence d'une personne. Par exemple:

- a) Puisque la compétence est un concept juridique, une instance judiciaire la détermine.
- b) Idéalement, un avocat doit être toujours mis à la disposition d'une personne dont la compétence est contestée. Lorsqu'une personne est incapable de s'offrir un conseil, la législation peut exiger que le conseil soit fourni au bénéficiaire gratuitement.
- c) La législation doit veiller à ce qu'il n'y ait pas de conflit d'intérêt pour le conseil. En d'autres termes, le conseil qui représente la personne concernée ne doit pas représenter également d'autres parties intéressées, telles que les services cliniques impliqués dans les soins de la personne concernée et/ou les membres de famille de la personne concernée.
- d) La législation peut prévoir des dispositions pour que la personne concernée, le conseil, les membres de famille ou l'équipe clinique fasse appel contre la décision auprès d'une juridiction supérieure.
- e) La législation doit contenir une disposition pour l'examen automatique, à intervalles périodiques spécifiés, de décision de manque de compétence.

Dans les pays moins développés, il peut ne pas être possible de légiférer immédiatement sur toutes ces exigences; cependant, en fonction des ressources disponibles, on peut inclure dans la législation le plus grand nombre de dispositions possible.

7.4 Tutelle

Dans certaines circonstances où, en raison de troubles mentaux, une personne est incapable de prendre des décisions importantes et de gérer sa vie, il est important de nommer une autre personne qui peut agir en son nom et au mieux de ses intérêts. Dans la Loi sur la tutelle de la Nouvelle Galles du Sud (N° 257 de 1987) une "personne qui a besoin de tutelle est une personne qui a une incapacité et qui, en raison de ce fait, est totalement ou partiellement incapable de gérer sa personne". Bien que la personne concernée puisse solliciter la tutelle, c'est plus souvent un membre de famille, ou des tiers qui s'occupent de la personne atteinte de troubles mentaux, qui identifient la nécessité de la tutelle et qui font la demande nécessaire pour une évaluation destinée à déterminer si un tuteur doit être nommé.

La décision de nommer ou non un tuteur est complexe, et il faut la prendre dans le contexte des droits des personnes à avoir autant de contrôle que possible sur leur propre vie. Nommer un tuteur n'implique pas que la personne perd tous ses pouvoirs de prise de décision, sa capacité à agir pour son compte dans toutes les circonstances et sa dignité. Par exemple, dans la Loi sur la tutelle de la Nouvelle Galles du Sud (N° 257 de 1987), toute personne exerçant des

fonctions aux termes de la loi est obligée, entre autres choses, "de tenir compte du bien-être et des intérêts des personnes sous tutelle; et de veiller à ce que la liberté de décision et la liberté d'action soient le moins limitées possible; que les personnes soient encouragées, autant que possible, à mener une vie normale dans la société; que les opinions des personnes soient prises en considération; que les relations familiales et les environnements culturels et linguistiques de la personne soient reconnus; que ces personnes soient, autant que possible, indépendantes pour les questions concernant leurs affaires personnelles, domestiques et financières et soient protégées de la négligence, des abus et de l'exploitation."

Les alternatives à la tutelle qui pourraient être considérées dans certaines situations comprennent la procuration et les directives préalables (voir également la discussion sur le consentement par procuration pour le traitement à la sous-section 8.3.6 ci-dessous).

Principes MI: Tutelle

Toute décision selon laquelle, en raison de sa maladie mentale, une personne n'a pas la capacité juridique et toute décision selon laquelle, en conséquence de cette incapacité, un représentant personnel sera nommé, ne sera prise qu'après que la cause aura été entendue équitablement par un tribunal indépendant et impartial institué par la législation nationale. La personne dont la capacité est en cause a le droit d'être représentée par un conseil. Si la personne dont la capacité est en cause ne s'assure pas elle-même les services d'un tel représentant, ce représentant sera mis à sa disposition sans frais dans la mesure où elle n'a pas les moyens suffisants pour rétribuer ses services. Le conseil ne doit pas représenter dans la même procédure un service de santé mentale ou son personnel et ne doit pas non plus représenter un membre de la famille de la personne dont la capacité est en cause, à moins que le tribunal n'ait la conviction qu'il n'y a pas de conflit d'intérêts. Les décisions concernant la capacité et la nécessité d'un représentant personnel doivent être réexaminées à des intervalles raisonnables prescrits par la législation nationale. La personne dont la capacité est en cause, son représentant personnel, le cas échéant, et toute autre personne intéressée auront le droit de faire appel des décisions en question devant un tribunal supérieur.

(Principe 1(6), Principes MI)

La question de savoir si une disposition de tutelle doit faire partie de la loi sur la santé mentale ou s'il faut avoir une législation séparée est une autre décision que les pays doivent prendre individuellement. En Australie, par exemple, il y a une Loi détaillée et séparée sur la tutelle (Loi sur la tutelle N° 257 de 1987, Australie), alors qu'au Kenya, la Loi sur la santé mentale (Loi sur la santé mentale 248 de 1991, Kenya) comprend une section sur la tutelle.

Si les individus sont considérés comme légalement non-compétents et/ou incapables de gérer leurs propres affaires, la législation doit prévoir la nomination d'une personne ou de personnes (tuteur/administrateur) chargées de s'occuper de leurs intérêts. Puisque la décision de manque de compétence est une question juridique, c'est une instance judiciaire qui doit nommer un tuteur.

La législation peut définir la procédure à suivre pour la nomination d'un tuteur, la durée de la nomination et le processus de révision de la décision, ainsi que fixer les devoirs et responsabilités du tuteur. La législation peut, en outre, déterminer l'ampleur et l'étendue des pouvoirs de prise de décision du tuteur. Dans beaucoup de pays, le pouvoir des tuteurs se limite aux seuls sujets ou domaines dans lesquels il est démontré qu'une personne manque véritablement de compétence légale. Ces lois s'efforcent de permettre aux individus atteints de troubles mentaux de conserver la capacité de prendre la plupart des décisions qui les concernent, même quand ils ne peuvent pas les prendre toutes. En outre, la législation peut être conçue spécifiquement pour promouvoir les meilleurs intérêts de l'individu et l'encourager à développer ses capacités dans la plus grande mesure possible (par exemple, voir la Loi sur la

protection des droits personnels et immobiliers de Nouvelle Zélande, 1988).

Préciser les sanctions au cas où les tuteurs ne remplissent pas leurs devoirs peut renforcer la législation. La législation peut également conférer à la personne affectée le droit à une révision judiciaire de la décision de nommer un tuteur. Enfin, la législation doit contenir des dispositions et des procédures pour la cessation de la tutelle lorsque la personne affectée recouvre la compétence.

Compétence, capacité et tutelle: les points essentiels

Compétence et capacité

- La législation peut avoir besoin de définir la capacité et la compétence, définir les critères pour en décider, fixer la procédure de leur évaluation, et recenser les actions qui doivent être menées lorsqu'on décide d'un manque de capacité et/ou de compétence.
- Généralement, la capacité fait référence spécifiquement à la présence de capacités mentales en vue de prendre des décisions ou de mener une action, tandis que la compétence fait référence aux conséquences juridiques de l'absence de capacité mentale.
- La présence de troubles mentaux majeurs n'implique pas en soi l'incapacité en ce qui concerne les fonctions de prise de décision et n'est par conséquent pas le facteur déterminant global de la capacité ou de la compétence.
- Malgré la présence d'un trouble qui peut affecter la capacité, une personne peut encore avoir la capacité d'exécuter des fonctions de prise de décision.
- Puisque la capacité peut fluctuer de temps à autre, et peut s'améliorer partiellement ou complètement avec le temps, elle doit être liée à la décision ou à la fonction spécifique à accomplir.
- Un professionnel de santé peut prendre la décision d'incapacité, mais c'est une instance judiciaire qui décide de l'incapacité.
- La capacité est le test de la compétence, et les gens ne doivent pas être jugés comme manquant de compétence uniquement parce qu'ils sont incapables de prendre des types de décisions spécifiques à un moment spécifique.

Tutelle

La législation peut:

- a) Déterminer l'autorité appropriée pour la nomination d'un tuteur. Cela peut être l'instance judiciaire qui prend la décision concernant la compétence (voir ci-dessus) ou une instance judiciaire séparée telle qu'une juridiction supérieure.
- b) Définir la procédure de nomination d'un tuteur.
- c) Préciser la durée de la nomination.
- d) Définir les devoirs et responsabilités du tuteur.
- e) Préciser les sanctions – civiles, pénales ou administratives – pour la non-exécution par le tuteur de ses devoirs statutaires.
- f) Déterminer l'ampleur et l'étendue des pouvoirs de prise de décision du tuteur. Toute injonction doit être faite de manière à s'assurer qu'elle sert au mieux les intérêts de la personne qui y est soumise. Ainsi, les individus atteints de troubles mentaux peuvent conserver la capacité à prendre les décisions qui les concernent, même quand ils ne peuvent pas prendre toutes ces décisions.
- g) Prévoir des dispositions permettant aux malades de faire appel contre la nomination d'un tuteur.
- h) Prévoir des dispositions pour la révision de la tutelle et une disposition pour la cessation de la tutelle si le malade recouvre la compétence avec ou sans traitement.

8. Soins de santé mentale volontaires et non volontaires

8.1 Placement et traitement volontaires

Le consentement libre et en connaissance de cause doit constituer la base du traitement et de la réadaptation de la plupart des personnes atteintes de troubles mentaux. Tous les malades doivent au départ être réputés avoir la capacité et tout doit être fait pour permettre à une personne d'accepter le placement ou le traitement volontaire, le cas échéant, avant de mettre en oeuvre des procédures d'office.

Principes MI: Consentement en connaissance de cause

Aucun traitement ne doit être administré à un patient sans qu'il y ait donné son consentement en connaissance de cause, sous réserve des cas prévus aux paragraphes 6, 7, 8, 13 et 15 [des présents principes].

(Principe 11(1), Principes MI)

Pour être valide, le consentement doit satisfaire aux critères suivants (Principe MI 11, voir l'annexe 3):

- a) La personne/le patient qui donne le consentement doit être compétent pour le faire, et la compétence est supposée, sauf preuve du contraire.
- b) Le consentement doit être obtenu librement, sans menaces ou motifs inexacts.
- c) Les informations divulguées doivent être appropriées et suffisantes. Les informations doivent être fournies sur le but, la méthode, la durée probable et les avantages escomptés du traitement proposé.
- d) La douleur ou l'inconfort possibles ainsi que les risques du traitement proposé et les effets secondaires possibles doivent être suffisamment discutés avec le malade.
- e) Les choix doivent être offerts, si disponibles, conformément aux bonnes pratiques cliniques; les modes alternatifs de traitement, en particulier les modes qui portent moins atteinte à l'intégrité du patient, doivent être discutés et proposés au malade.
- f) Les informations doivent être fournies sous une forme et dans un langage compréhensibles par le malade.
- g) Le malade a le droit de refuser ou d'arrêter le traitement.
- h) Les conséquences du refus du traitement, qui peuvent comprendre la sortie de l'hôpital, doivent être expliquées au malade.
- i) Le consentement doit être documenté dans les dossiers médicaux du malade.

Le droit de consentement au traitement implique également le droit de refuser le traitement. Si un malade est jugé comme ayant la capacité de donner son consentement, alors le refus de ce consentement doit également être respecté.

Si le placement est requis, la législation doit viser à encourager et faciliter le placement volontaire dans un service de santé mentale, après avoir obtenu le consentement en connaissance de cause. On peut atteindre cet objectif en i) stipulant spécifiquement que les personnes qui ont besoin des services de santé mentale doivent bénéficier de ces services – y compris le placement quand il est nécessaire, ii) ou simplement par omission, considérant ainsi la santé mentale comme toute autre maladie ou trouble. Ces alternatives comportent des avantages et des inconvénients. Dans la première option, en stipulant le droit au traitement et au placement, la législation évite toute ambiguïté quant à savoir si les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent être volontairement traitées/placées. Elle offre également l'opportunité aux malades d'affirmer qu'ils agissent bien volontairement. Étant donné la négligence et les faibles niveaux d'utilisation des soins qu'a connus la santé mentale dans le passé, une telle approche peut encourager plus de personnes à obtenir soins et traitement.

Principes MI: Placement et traitement volontaires

Si un patient a besoin d'être soigné dans un service de santé mentale, tout doit être fait pour éviter qu'il n'y soit placé d'office.

(Principe 15(1), Principes MI)

En revanche, séparer les questions relatives à la santé mentale des autres problèmes de santé peut stigmatiser les usagers, et affaiblit l'argument selon lequel les troubles mentaux doivent être traités de la même manière que les autres problèmes de santé. Si les soins et le traitement volontaires pour la santé mentale ne sont pas mentionnés spécifiquement dans la législation, ils seront considérés de la même manière que les autres soins de santé.

Le placement volontaire s'accompagne du droit à la sortie volontaire des établissements de soins de santé mentale. Cependant, la législation relative à la sortie est compliquée par le fait que beaucoup de juridictions habilite les autorités à outrepasser ce droit de partir dans certaines circonstances. Les Principes MI stipulent que les malades non admis d'office ont le droit de quitter l'établissement n'importe quand sauf si les critères pour le placement d'office sont remplis.

La législation ne doit permettre aux autorités d'empêcher la sortie des malades volontaires que si toutes les conditions qui nécessitent le placement d'office sont remplies. Toutes les garanties de procédure du placement d'office doivent s'appliquer. Il est recommandé que la législation incorpore le droit pour les malades volontaires d'être informés au moment du placement qu'ils ne peuvent se voir refuser le droit de partir que s'ils remplissent les conditions du placement d'office au moment où ils souhaitent partir.

Un problème survient quelquefois quand des malades qui n'ont pas de capacité de consentement sont "volontairement" admis dans un hôpital simplement parce qu'ils ne protestent pas contre le placement (voir également la sous-section 8.2). Un exemple de ce cas de figure est celui d'un malade qui est admis "volontairement" mais ne comprend ni le fait ni le but du placement. Un autre groupe de malades qui court ce risque de placement soi-disant "volontaire" est celui des retardés mentaux. Certaines personnes peuvent "accepter" le traitement ou le placement sans protestation simplement parce qu'elles sont intimidées ou parce qu'elles ne se rendent pas compte qu'elles ont le droit de refuser. Dans ces cas, leur manque de protestation ne doit pas être interprété comme un consentement, puisque le consentement doit être volontaire et en connaissance de cause.

Le concept de l'acte "volontaire" exclut l'usage de la contrainte; il implique que des choix sont disponibles et que l'individu a la capacité et le droit d'exercer ce choix. Une ou toutes ces conditions seraient violées dans les exemples donnés ci-dessus. Au Brésil, la loi stipule qu' "une personne qui demande l'internement volontaire ou qui consent à l'internement doit signer, au moment de son placement, une déclaration indiquant qu'elle a choisi ce régime de traitement" (Loi sur la santé mentale N° 10.216 de 2001, Brésil).

Placement volontaire et traitement volontaire: les points essentiels

- **Lorsqu'une personne a besoin de traitement en placement, la législation doit appuyer le placement volontaire et tout doit être mis en œuvre pour éviter le placement d'office.**
- **Si la loi permet aux autorités de retenir des malades volontaires quand ils essaient de partir, ce ne doit être possible que si les critères de placement d'office sont remplis.**
- **À l'admission dans le service de santé mentale, les malades volontaires peuvent être informés que les professionnels de santé mentale de l'établissement peuvent empêcher leur sortie s'ils remplissent les critères de placement d'office.**
- **Les malades volontaires ne doivent être traités qu'après avoir donné leur consentement en connaissance de cause.**
- **Lorsque le malade a la capacité de donner le consentement en connaissance de cause, ce consentement est un préalable au traitement.**

Étant donné que dans beaucoup de pays toutes les personnes qui ont été admises comme malades volontaires ne sont pas strictement volontaires, la législation peut prévoir qu'un organe indépendant (voir la section 13) examine périodiquement les malades volontaires de longue durée, évalue leur état et leur situation et fasse des recommandations appropriées.

8.2 Malades "non-protestants"

La législation de certains pays prévoit une disposition pour les usagers qui sont incapables, à cause de leur état de santé mentale, de donner le consentement au traitement et/ou au placement, *mais qui ne refusent pas* les interventions de santé mentale. On trouve dans ce groupe des personnes décrites dans la section précédente comme ne remplissant pas les conditions de malades volontaires, mais qui ne remplissent pas non plus les critères de placement d'office (par exemple, les personnes atteintes de retard mental grave). Alors que dans certains pays la législation sur "l'incapacité" liée aux lois sur la tutelle complète est suffisante pour traiter des personnes atteintes de troubles mentaux qui sont incapables de donner le consentement mais ne refusent pas le placement/ le traitement, d'autres pays estiment qu'il est important de légiférer dans ce domaine. Le but de cette catégorie est d'offrir aux malades "non-protestants" des garanties tout en fournissant en même temps le placement et le traitement nécessaires aux personnes *incapables de donner le consentement en connaissance de cause*. Elle a le grand avantage de permettre que les personnes qui ne résistent pas au traitement ne soient pas classées incorrectement comme des malades non volontaires ou volontaires; elle contribue également à empêcher une augmentation potentiellement énorme du nombre de personnes qui sont incorrectement admises comme malades non volontaires.

Les critères pour le placement et/ou le traitement sont habituellement moins stricts que ceux des usagers non volontaires. Cela permet aux usagers qui sont incapables de donner le consentement en connaissance de cause – mais qui ont besoin de traitement et de placement pour leur santé (mentale) – de recevoir les soins et le traitement nécessaires même si, par exemple, ils ne constituent pas un risque pour leur sécurité ou pour celle d'autrui. La "nécessité du placement" est quelquefois considérée comme un critère suffisant. Ce critère ou un critère tel que "nécessaire pour la santé d'une personne", est souvent moins exigeant que, par exemple, les critères pour le placement d'office (voir la sous-section 8.3.2 ci-dessous). La personne qui demande à s'occuper d'un malade non-protestant est habituellement un parent proche ou une personne qui a à cœur les intérêts de l'utilisateur. L'usage de "substituts" pour les malades non-protestants est courant dans plusieurs pays. Si les usagers protestent contre leur placement ou traitement, ils doivent cesser immédiatement d'être considérés comme "non-protestants" et le critère complet pour la détermination du placement et du traitement non volontaire doit être appliqué.

Il est crucial que les droits des malades non-protestants soient protégés d'une manière semblable à ceux des usagers non volontaires. Par exemple, il peut s'avérer nécessaire d'effectuer une évaluation de la capacité et de la commodité par plus d'un praticien. Les malades non-protestants doivent, à l'instar des usagers non volontaires, remplir les critères pour les procédures obligatoires d'examen automatique. Ces critères peuvent comprendre la confirmation initiale de leur statut ainsi que des évaluations périodiques continues en vue de déterminer si leur état a changé. Si, après leur placement/traitement, ils recouvrent la capacité de prendre des décisions en connaissance de cause, ils ne doivent plus être classés sous ce statut. En outre, les malades non-protestants doivent avoir le droit de faire appel contre leur classification. Les malades non-protestants jouissent également de tous les autres droits conférés aux autres malades, notamment le droit à la notification de leurs droits, à la confidentialité, à des normes de soins appropriées et à d'autres droits (voir la section 5 ci-dessus).

Les principes fondamentaux de "la solution la moins contraignante" et "dans le meilleur intérêt du malade" doivent s'appliquer de la même manière aux malades non-protestants.

Les pays qui ont dans leur législation des dispositions pour les malades non-protestants sont l'Australie, qui a un article sur le "traitement informel des malades incapables de donner leur consentement" (Loi sur la santé mentale, 1990, Nouvelle Galles du Sud, Australie), et l'Afrique du Sud, qui prévoit une disposition pour les "usagers assistés" dans sa Loi sur les soins de santé mentale (2002). Dans différentes législations, les soins pour les malades non-protestants peuvent ne concerner que les malades en placement ou peuvent également s'appliquer au traitement des malades en consultation externe.

Malades non-protestants: les points essentiels

- La législation de certains pays prévoit une disposition pour les usagers qui sont incapables, à cause de leur état de santé mentale, de donner le consentement au traitement et/ou au placement, *mais qui ne refusent pas les interventions de santé mentale.*
- Les critères pour le placement et/ou le traitement sont habituellement moins stricts que ceux des usagers non volontaires (les critères peuvent être, par exemple, la "nécessité du placement" ou une intervention "nécessaire pour la santé d'une personne").
- Si les usagers protestent contre leur placement ou traitement, ils doivent cesser immédiatement d'être considérés comme "non-protestants" et le critère complet pour la décision du placement et du traitement non volontaires doit être appliqué. De même, si suite à leur placement/traitement, ils recouvrent la capacité de prendre des décisions en connaissance de cause, ils ne doivent plus être classés sous ce statut.
- Il est crucial que les droits des malades non-protestants soient protégés d'une manière semblable à celle des usagers non volontaires (par exemple, le droit à l'évaluation de la capacité, aux procédures d'examen automatique, le droit de faire appel contre leur statut).
- Les malades non-protestants jouissent également de tous les autres droits conférés aux autres malades, notamment le droit à la notification de leurs droits, à la confidentialité, à des normes de soins appropriées et l'exercice d'autres droits.

8.3 Placement d'office et traitement non volontaire

Qu'ils soient non volontaires ou obligatoires, le placement dans des établissements de santé mentale et le traitement non volontaire sont des sujets controversés dans le domaine de la santé mentale dans la mesure où ils empiètent sur la liberté personnelle et le droit de choisir, et ils comportent le risque d'abus pour des raisons politiques, sociales et autres. En revanche, le placement et le traitement non volontaires peuvent empêcher que le malade et d'autres personnes ne subissent des préjudices, et aide certaines personnes à exercer leur droit à la santé, un droit qu'ils ne peuvent gérer volontairement à cause de leurs troubles mentaux.

Plusieurs documents internationaux sur les droits de l'homme, tels que les Principes MI (1991), la Convention européenne pour la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales (1950) et La Déclaration de Hawaï (1983), acceptent la nécessité, parfois, du placement et du traitement non volontaires des personnes atteintes de troubles mentaux. Cependant, il est important de relever que le placement et le traitement non volontaires ne sont requis que pour une minorité de malades qui souffrent de troubles mentaux; dans beaucoup de cas où les malades sont admis d'office et traités contre leur gré, si un traitement emprunt d'humanité et une opportunité suffisante pour des soins volontaires avaient été fournis, le placement et le traitement non volontaires auraient pu être davantage réduits.

Certains groupes d'usagers et de sensibilisation comme MindFreedom Support Coalition International sont violemment opposés à l'idée du traitement non volontaire, y compris l'administration non volontaire de médicaments psychotropes, quelles que soient les circonstances.

La question clé pour la législation sur la santé mentale à cet effet est de définir les circonstances où le placement d'office et le traitement non volontaire sont appropriés, et de fixer des procédures convenables. Pour s'assurer que les droits sont suffisamment protégés,

cette section de la législation nécessite habituellement une explication assez détaillée des procédures légales, ce qui fait qu'elle peut être un peu longue.

Il n'entre pas dans le but du présent Ouvrage de référence d'être normatif au sujet du placement et du traitement non volontaires. Il met plutôt l'accent sur la reconnaissance de différences mondiales et culturelles et, de même, en ce qui concerne le placement et le traitement non volontaires, il insiste sur le fait que les différentes cultures, traditions, économies et ressources humaines sont pertinentes. Mais les principes de placement et de traitement non volontaires sont importants, et des cadres peuvent être élaborés pour aider les pays à prendre des décisions législatives appropriées au niveau local.

Principes MI: Placement d'office

1. Une personne a) ne peut être placée d'office dans un service de santé mentale; b) ou, ayant déjà été admise volontairement dans un service de santé mentale, ne peut y être gardée d'office, qu'à la seule et unique condition qu'un praticien de santé mentale qualifié et habilité à cette fin par la loi décide, conformément au Principe 4, que cette personne souffre d'une maladie mentale et considère:

- (a) Que, en raison de cette maladie mentale, il y a un risque sérieux de dommage immédiat ou imminent pour cette personne ou pour autrui;
- (b) Ou que, dans le cas d'une personne souffrant d'une grave maladie mentale et dont le jugement est atteint, le fait de ne pas placer ou garder d'office cette personne serait de nature à entraîner une grave détérioration de son état ou empêcherait de lui dispenser un traitement adéquat qui ne peut être administré que par placement dans un service de santé mentale conformément au principe de la solution la moins contraignante.

2. Dans le cas visé à l'alinéa b), un deuxième praticien de santé mentale répondant aux mêmes conditions que le premier et indépendant de celui-ci est consulté si cela est possible. Si cette consultation a lieu, le placement ou le maintien d'office du patient ne peut se faire qu'avec l'assentiment de ce deuxième praticien.

3. Un service de santé mentale ne peut recevoir de patients placés d'office que s'il a été désigné à cet effet par une autorité compétente prévue par la législation nationale.

(Principe 16 (1) et (3), Principes MI)

8.3.1 Approche combinée contre approche séparée du placement d'office et du traitement non volontaire

La législation sur la santé mentale peut combiner le placement d'office et le traitement médical d'office en une procédure ou elle peut les traiter séparément (voir la sous-section 8.3.7, fig. 1).

Dans l'approche "combinée", une fois les malades placés d'office, ils peuvent être traités d'office sans qu'il soit nécessaire d'entreprendre une procédure séparée pour approuver le traitement. Certains groupes de famille, de professionnels et d'autres acteurs ont argué que le but du placement d'office dans la plupart des cas est de rétablir un état clinique en détérioration. On affirme qu'il ne sert à rien d'hospitaliser si aucun traitement n'est administré. En fait, la loi stipule au Portugal que "on ne peut décider de la détention obligatoire *que* dans les cas où on estime qu'elle est la *seule* façon de garantir que le malade détenu est soumis à un traitement"... (nous soulignons) (Loi sur la santé mentale N° 36, 1998, Portugal) et au Pakistan, la loi ne fait référence qu'au "placement pour traitement" (Ordonnance sur la santé mentale du Pakistan, 2001). Il est possible, bien sûr, qu'un malade n'ait pas besoin de médicaments, mais puisse bénéficier de thérapies moins invasives (telles que la psychothérapie, les groupes de soutien ou la thérapie professionnelle). Néanmoins, dans l'approche unique, qu'il soit réellement fourni ou non, le traitement médical peut être administré si le placement est approuvé.

Il ne faut pas conclure que dans l'approche combinée le malade ne peut jouer le moindre rôle dans le plan de traitement. Par exemple, la loi albanaise stipule qu'une personne admise sans consentement dans un établissement psychiatrique doit être "traitée avec les procédures médicales nécessaires"; elle stipule en outre que la personne ou son représentant légal "a le droit d'être pleinement informé sur le traitement thérapeutique proposé, y compris au sujet des effets secondaires et *des alternatives disponibles*" (nous soulignons) (Loi sur la santé mentale, 1991). Même avec des usagers non volontaires soumis à un processus unique combiné, il est de bonne pratique pour le praticien de toujours essayer d'obtenir du malade la coopération et l'approbation du traitement.

Dans l'approche complètement "séparée", les procédures de placement et de traitement sont indépendantes l'une de l'autre. D'abord, la personne est évaluée pour le placement d'office, ensuite, si un malade admis d'office nécessite le traitement non volontaire, la nécessité du traitement doit être évaluée et une procédure séparée pour l'approbation de ce traitement est nécessaire (voir la sous-section 8.3.7, fig.1).

Beaucoup d'individus et d'organisations, en particulier les groupes d'usagers, s'opposent à la combinaison du placement d'office et du traitement non volontaire et arguent que le consentement ou le refus du placement et du traitement par une personne sont des questions séparées. Des personnes peuvent nécessiter le placement d'office mais pas le traitement non volontaire, ou, en effet, le traitement non volontaire sans avoir à être déplacées de leur domicile ou de leur communauté. En outre, il est argué que la capacité est spécifique à la question, en ce sens qu'une personne qu'on juge comme manquant de la capacité à prendre des décisions sur le placement dans un service de santé mentale peut encore conserver l'aptitude (capacité) à prendre des décisions sur le traitement. Il est argué que le traitement non volontaire viole les principes fondamentaux des droits de l'homme. Par exemple, le Commentaire général 14 à l'article 12 de l'ICESCR dispose que le droit à la santé comprend le droit à refuser un traitement médical non-consensuel. Il est argué en outre qu'il est possible qu'une autorité indépendante, par exemple une cour ou un comité de révision, puisse commettre une personne à un établissement psychiatrique pour cause de maladie mentale, mais la même autorité, ou une autorité séparée, peut juger que la personne n'a pas perdu sa capacité à prendre des décisions sur le traitement. L'évaluation en vue de déterminer l'incapacité à consentir au traitement est donc nécessaire. Par ailleurs, les avocats de l'approche séparée arguent que l'existence de deux procédures indépendantes pour invoquer le placement d'office et le traitement non volontaire fournit une couche supplémentaire de protection des droits des personnes atteintes de troubles mentaux.

En revanche, les avocats de l'approche combinée rétorquent qu'avec l'approche séparée il y a le risque que si trop de temps s'écoule entre les deux processus, le traitement peut être sérieusement différé, avec des effets préjudiciables pour l'individu intéressé, ainsi que, peut-être, pour les agents de santé et les autres malades si la personne est très agressive. En outre, en raison de l'indisponibilité de ressources humaines et financières dans beaucoup de pays à faible revenu, il peut être difficile d'instituer deux procédures séparées pour le placement d'office et le traitement non volontaire. L'"approche combinée" ne contredit pas le Principe MI 16(2), qui recommande que "la mesure de placement ou de maintien d'office est prise initialement pour une brève période prévue par la législation nationale *aux fins d'observation et de traitement préliminaire*, en attendant que la décision de placement ou de maintien d'office du patient soit examinée par l'organe de révision" (italiques rajoutés).

Une autre variation possible des approches combinée et séparée, qui pourrait incorporer les avantages des deux, est de considérer séparément la *nécessité* du placement et du traitement, mais de combiner les *processus* pour leur décision et leur approbation. En d'autres termes, le ou les mêmes praticiens, et peut-être le même organe de révision (ou autorité indépendante), qui examine la nécessité du placement, peut également (pendant la même séance) évaluer si la personne a la capacité de consentir au traitement, et si le traitement non volontaire est réellement nécessaire. Cette procédure peut mener à une série de résultats différents (discutés à la sous-section 8.3.5).

Les sous-sections ci-dessous discutent des critères et de la procédure pour le placement et le traitement non volontaire. Lorsqu'une "procédure combinée" est utilisée, c.-à-d. le traitement est fourni (comme requis) en tant que partie intégrante du placement et du traitement non volontaire, il faut "y voir" le placement. En d'autres termes, si le placement est autorisé, alors le traitement est automatiquement autorisé, même s'il ne doit jamais être administré à moins d'être nécessaire cliniquement. Lorsque le traitement doit être administré comme un processus "séparé" du placement, les critères et le processus pour *le placement* sont en grande partie les mêmes que dans la procédure "combinée", mais le *traitement non volontaire* est examiné séparément.

8.3.2 Critères pour le placement d'office

Présence de troubles mentaux

Avant tout – et cela est commun à toutes les législations sur la santé mentale orientées vers les droits de l'homme qui traitent du placement d'office – il doit y avoir la preuve de la présence de troubles mentaux tels que définis par les normes internationalement acceptées. Cependant, le type, la gravité et le degré des troubles mentaux qui justifient un placement d'office varient dans différentes juridictions. Certains pays n'autorisent le placement d'office que pour des troubles mentaux spécifiques tels que la maladie psychotique; d'autres mentionnent "des troubles mentaux (maladie) graves", tandis que d'autres encore utilisent la définition plus générale des troubles mentaux comme critères permettant de déterminer le placement d'office. Une question cruciale pour la législation nationale est de déterminer si des pathologies spécifiques doivent être incluses ou exclues du placement d'office. Les diagnostics les plus controversés concernent le retard mental, la toxicomanie et les troubles de la personnalité (voir la section 3 ci-dessus). Les choix à cet effet reflètent les valeurs d'un pays ou d'une communauté particulière.

Probabilité sérieuse de danger immédiat ou imminent et/ou "nécessité de traitement"

Les deux raisons les plus souvent utilisées – et probablement aussi les plus importantes – pour l'autorisation de l'internement d'office des personnes atteintes de troubles mentaux sont "la probabilité sérieuse de danger immédiat ou imminent" et "la nécessité de traitement".

- *Probabilité sérieuse de danger immédiat ou imminent* – Ce critère peut être appliqué dans le meilleur intérêt des malades eux-mêmes en vue de protéger les malades eux-mêmes ou pour la sécurité d'autrui. Protéger les malades, les prestataires de soins, les familles et la société en général sont une obligation importante de l'État, raison pour laquelle celle-ci est souvent un élément clé de la législation (pour des informations sur la prédiction de la dangerosité, voir Livesley, 2001; Sperry, 2003).
- *Nécessité de traitement* – Ce critère, à l'instar des critères de dangerosité/sécurité, suscite beaucoup de controverses. Il y a plusieurs organisations et individus, y compris les usagers de services de santé mentale et les groupes d'usagers, qui désapprouvent ce critère. Les Principes MI (Principe 16) stipulent que le placement d'office peut être envisagé si, "dans le cas d'une personne souffrant d'une grave maladie mentale et dont le jugement est atteint, le fait de ne pas placer ou garder d'office cette personne serait de nature à entraîner une grave détérioration de son état ou empêcherait de lui dispenser un traitement adéquat qui ne peut être administré que par placement dans un service de santé mentale..."

Ce principe comprend habituellement la présence concomitante de plusieurs facteurs. Premièrement, la maladie doit être "grave" (question de définition); deuxièmement, il doit être prouvé que "le jugement est atteint" (question de capacité); et troisièmement, il doit y avoir une justification raisonnable pour suspecter que le fait de ne pas admettre ou retenir cette personne peut mener à une détérioration grave de son état ou empêchera l'administration d'un traitement approprié (question de prédiction de traitement).

Le placement doit comprendre un but thérapeutique

Les personnes ne doivent être admises d'office que s'il y a un but thérapeutique au placement. On ne veut pas nécessairement dire que des médicaments doivent être administrés, puisqu'une large gamme d'approches rééducatives et psychothérapeutiques peuvent être mises en oeuvre. L'absence de succès thérapeutique n'implique pas l'absence de but thérapeutique, et le placement d'office peut être justifié si la personne reçoit les soins thérapeutiques, même si les traitements disponibles ne peuvent pas guérir complètement la maladie de la personne. Une personne qui n'a besoin que de soins de garde ne doit pas être gardée dans un établissement psychiatrique comme malade non volontaire.

Lorsqu'on applique les critères susmentionnés, il est également important de considérer le principe de "l'environnement le moins restrictif". En d'autres termes, une personne peut ne pas être admise si d'autres solutions, moins restrictives, telles que les soins communautaires, peuvent être utilisées.

8.3.3 Procédure pour le placement d'office

La législation sur la santé mentale décrit habituellement la procédure à suivre pour le placement d'office. Cette procédure varie suivant les pays. La section ci-dessous (tout comme les autres sections de cet Ouvrage de référence) doit être considérée comme une directive générale et non comme une recommandation.

Qui doit mener l'évaluation?

Comme garantie supplémentaire en vue de protéger les droits de ceux qui sont détenus d'office, les Principes MI recommandent que deux *médecins* indépendants qui examinent le malade séparément et indépendamment mènent l'évaluation. C'est un principe important. Cependant, dans les pays à faible revenu confrontés à une pénurie de psychiatres et de professionnels médicaux généraux, et même dans certains des pays développés, cela n'est souvent pas possible ou est jugé peu pratique, et on peut raisonnablement légiférer sur d'autres alternatives viables. Par exemple, d'autres médecins de santé mentale accrédités (tels que les assistants sociaux de psychiatrie, les infirmiers de psychiatrie et les psychologues) peuvent avoir besoin d'être formés et accrédités, comme cela a été fait en Afrique du Sud. Dans la plupart des provinces canadiennes, il n'y a qu'un médecin dans la communauté qui autorise le placement de courte durée (24/72 heures). Ensuite, un médecin indépendant examine la personne à l'hôpital, et si le médecin ne juge pas qu'une plus longue rétention est nécessaire, la personne est libérée.

Il n'y a pas de règles établies sur le nombre de praticiens qui doivent examiner une personne avant qu'elle ne soit admise ou traitée ou sur ce que doivent être leurs qualifications. *Des examens multiples par des personnes plus qualifiées* peuvent fournir une plus grande protection aux malades, mais si cela implique que d'autres malades qui ont besoin de soins ne sont pas traités parce que les rares ressources sont utilisées pour évaluer une personne – ou des personnes ne sont pas évaluées du tout parce qu'elles viennent d'une région où il n'y a pas ou pas assez de praticiens qualifiés suivant la loi – alors manifestement cette disposition ne confère pas une meilleure protection.

En outre, les professionnels plus qualifiés peuvent être moins capables de faire des examens de l'état de santé mentale que ceux qui sont supposés être moins qualifiés. Par exemple, dans beaucoup de pays en développement, les médecins ont très peu de formation et d'expérience en santé mentale, alors que certains infirmiers de psychiatrie sont très qualifiés et expérimentés. En revanche, beaucoup de symptômes psychiatriques sont des manifestations d'une maladie physique sous-jacente, et l'examen par au moins un médecin est important. Les solutions localement appropriées sont manifestement plus importantes que toute règle décrite dans cet Ouvrage de référence. Néanmoins, les normes d'indépendance, et de réalisation de deux évaluations, dont une par un praticien qualifié, doivent toujours s'appliquer.

Si une deuxième évaluation ne peut absolument pas être entreprise avant un placement initial à cause des circonstances dans le pays, alors elle doit se produire au moment du placement et avant l'administration du traitement. S'il y a contradiction entre la première et la deuxième évaluation, un troisième praticien indépendant doit examiner la personne et faire des recommandations, suite à quoi une recommandation majoritaire doit être instituée.

Qui doit faire la demande?

La question de savoir qui doit faire la demande de placement d'office est un autre sujet difficile et très controversé. Dans certains pays, sur la base des recommandations d'un médecin de santé mentale, un membre de famille, un parent proche ou le tuteur, ou une autre personne nommée par l'État (par exemple au Royaume-Uni, un assistant social), adresse une demande au service de santé mentale désigné (un hôpital psychiatrique ou un pavillon de psychiatrie dans un hôpital général) pour admettre le malade dans l'établissement. Dans les autres pays, la demande de placement est faite avant même la visite médicale, et l'examen a lieu sur la base de la demande.

Dans certains cas, certaines familles croient qu'il rentre dans leurs prérogatives de prendre la décision sur l'opportunité et le moment où un membre de famille a besoin de soins et de traitement non volontaire, et qu'elles doivent avoir leur mot à dire sur l'opportunité et le moment où l'aide extérieure est requise. Dans d'autres pays encore, les membres de famille ne sont pas du tout impliqués dans la demande parce qu'on estime que la plupart des familles ne souhaitent pas courir le risque de se voir reprocher plus tard par le membre de famille atteint de troubles mentaux de l'avoir commis pour placement et traitement. Ces différences reflètent les cultures et processus différents qu'ont adoptés les pays, et aucune des options ne peut être considérée comme étant la seule "correcte".

Où doit-on interner le malade?

Les pays doivent prendre des décisions sur le lieu où les malades non volontaires doivent être placés. Chaque fois que cela est possible, comme avec les autres hospitalisations de santé, le lieu doit être le plus près possible du domicile du malade. Les infrastructures dans les hôpitaux généraux peuvent être préparées pour accueillir la plupart des malades non volontaires. Cependant, au regard du fait qu'une minorité de malades non volontaires peut être agressive ou difficile à gérer, certains établissements peuvent avoir besoin du niveau de sécurité exigé pour pouvoir accueillir ces malades. Dans tous les cas, le service de santé mentale doit être accrédité comme fournissant des soins et un traitement suffisants et appropriés avant d'être autorisé à admettre des malades non volontaires.

Qui doit examiner la proposition et le placement continu?

La plupart des pays utilisent une autorité indépendante telle qu'un organe de révision, un tribunal ou une cour de justice pour confirmer le placement d'office sur la base de l'expertise médicale/psychiatrique/professionnelle comme décrit ci-dessus (voir également la section 13 ci-dessous). La décision de l'autorité indépendante ne doit pas être influencée par les directives de quelque source que ce soit. Comme avec les questions susmentionnées, les ressources et les conditions locales doivent déterminer le type d'organe de révision requis et les procédures à suivre. Une fois de plus, les pays devront faire la part des choses entre les priorités et les droits. Par exemple, malgré le fait que la plupart des placements d'office ne sont pas classés comme étant des "urgences" (voir la sous-section 8.4), étant donné les critères du placement d'office (ci-dessus), il convient d'éviter tout retard dans le placement et le traitement d'un malade. Il faut un équilibre approprié entre le droit de prévenir le préjudice à soi-même ou à autrui, d'une part, et celui d'être traité (si tel traitement est nécessaire) et d'avoir le droit de refuser le traitement, d'autre part.

Dans certains pays, il peut ne pas être possible que l'autorité indépendante examine chaque cas

avant le placement. Plutôt que de retarder le placement, la loi peut fixer un délai particulier (qui doit être court) au bout duquel le cas doit être examiné. Dès que l'organe de révision prend sa décision, l'action pertinente doit être appliquée. Il doit ensuite y avoir des examens continus, automatiques, obligatoires et réguliers de l'état du malade.

Dans la pratique, la plupart des placements d'office sont brefs, ne durant que de quelques jours à deux semaines, la plus grande partie des malades montrant une bonne récupération et/ou ne satisfaisant plus aux conditions du placement d'office. Il y a peu de raison, dans la plupart des cas, pour maintenir le placement d'office au-delà de cette période. Soit les malades peuvent se remettre suffisamment pour être libérés, soit ils se portent assez bien pour pouvoir prendre leur propre décision de continuer le placement volontairement. Dans certains pays, la législation n'exige pas d'examen par l'organe de révision pour les placements d'office qui durent moins qu'une période spécifiée de temps. Par exemple, cette période de temps initiale est limitée à 72 heures aux termes de la législation sud-africaine (Loi sur les soins de santé mentale, Loi 17, 2002). Les pays à faible revenu qui ont peu de ressources humaines et financières peuvent trouver des avantages à cette approche, puisque le mécanisme d'examen ne consomme pas un montant disproportionné de ressources au détriment de la prestation de services. Cette approche particulière est également conforme au Principe MI 16(2), qui recommande que "le placement ou la rétention d'office s'effectue initialement pour une courte période comme spécifié par la loi nationale pour *observation et traitement préliminaire* en attendant l'examen du placement ou de la rétention par un organe de révision" (italiques rajoutés).

Lorsque cela est possible, l'autorité indépendante doit permettre aux malades de donner leurs points de vue et opinions sur le placement d'office (y compris s'ils croient qu'ils sont placés à tort ou s'ils veulent choisir où être placés), et ceux-ci doivent être pris en considération lorsque les décisions sont prises. En outre, l'autorité indépendante doit consulter les membres de famille (et d'autres proches du malade), les médecins impliqués et/ou un représentant légal (le cas échéant) nommé par le malade.

La loi peut veiller à ce que les malades soient immédiatement informés des raisons du placement d'office, et que celles-ci soient également transmises rapidement aux représentants légaux des malades et aux membres de la famille selon le cas.

Par ailleurs, un élément important à incorporer dans les dispositions législatives relatives au placement d'office est le droit de faire appel devant les instances quasi-judiciaires et judiciaires. Les articles législatifs qui traitent des placements d'office doivent inclure ce droit et définir le processus à suivre – pour les malades, leurs familles et/ou représentants légaux – en vue de faire appel devant un organe et/ou une cour de révision de la santé mentale contre la détention initiale.

Placement d'office: les points essentiels

- Le placement d'office n'est généralement autorisé que si tous les critères suivants sont remplis et le malade refuse le placement volontaire:
 - a) il y a des preuves de troubles mentaux de gravité spécifiée; et
 - b) il y a une probabilité sérieuse de danger immédiat ou imminent pour le malade lui-même ou autrui, et/ou une détérioration de l'état du malade si le traitement n'est pas administré;
 - c) le placement comporte un but thérapeutique, et;
 - d) ce traitement ne peut être administré que par placement dans un service de santé mentale.
- Procédure à suivre pour le placement d'office:
 - a) Deux praticiens de santé mentale accrédités (dont un doit idéalement être un médecin) doivent certifier que les critères pour le placement d'office sont remplis et recommandent le placement d'office.

- b) Une demande de placement d'office doit être faite conformément à la culture et aux conditions locales.
 - c) Le service de santé mentale doit être accrédité comme fournissant des soins et un traitement suffisants et appropriés, et qu'il est par conséquent habilité à admettre des malades non volontaires.
 - d) Une autorité indépendante (organe de révision, tribunal ou cour) doit autoriser le placement d'office. L'autorisation doit intervenir le plus tôt possible après la demande ou, si cela n'est pas possible, le plus tôt possible après le placement; la législation doit fixer la période requise pour cet examen. La personne doit avoir droit à un représentant légal pendant l'audition.
 - e) Les malades, leurs familles et représentants légaux doivent être informés immédiatement des raisons du placement d'office et notifiés des droits du malade.
 - f) Les malades, leurs familles et/ou leurs représentants légaux doivent avoir le droit de faire appel devant un organe de révision et/ou une cour de justice contre le placement d'office.
- Il faut une disposition aux termes de laquelle un organe de révision indépendant effectue un examen régulier fixé dans le temps des placements d'office.
 - Les malades doivent être libérés du placement d'office quand ils ne remplissent plus les critères du placement d'office. Le traitement volontaire peut suivre.

Les procédures de libération d'une personne du placement et du traitement non volontaire doivent être aussi souples que possible afin de s'assurer qu'une personne n'est pas retenue pour une période plus longue que ce qui est nécessaire. Le placement prolongé ne se justifie que par la persistance de troubles mentaux d'une gravité et d'une forme qui nécessitent le placement d'office. Si le placement d'office n'est plus justifié, alors le malade peut être libéré sans soins supplémentaires, soit par un médecin ou un professionnel conformément aux dispositions de la loi, soit par le comité d'examen s'il a examiné le cas. Si les malades en font le choix, ils peuvent être transférés au statut volontaire pour continuer les soins et le traitement comme un malade en placement ou en consultation externe. Il s'ensuit qu'un processus réglementaire pour l'examen des cas à intervalles réguliers est nécessaire. Lorsqu'un malade est détenu contre sa volonté pour une période plus longue que celle qui est recommandée, le droit de faire appel contre cette décision doit être accordé à intervalles prescrits.

Pour faciliter cette procédure, il est utile pour les pays d'avoir des fiches normalisées qui doivent être remplies à différentes étapes (voir l'annexe 8 pour des exemples de ces fiches).

8.3.4 Critères pour le traitement non volontaire (lorsque les procédures pour le placement et le traitement sont séparées)

Il y a un chevauchement considérable entre les critères pour le placement d'office et le traitement non volontaire. La principale différence est cependant que s'agissant du traitement, il faut conclure que la personne manque de la capacité à prendre des décisions en connaissance de cause. Le traitement sans consentement ne doit être envisagé que quand toutes les conditions suivantes sont remplies:

1. La décision qu'un malade est atteint de troubles mentaux a été prise conformément aux normes médicales internationales.
2. Le malade manque de la capacité à donner ou refuser le consentement en connaissance de cause pour le traitement proposé.
3. Le traitement est nécessaire pour:
 - (i) améliorer les troubles mentaux du malade; et
 - (ii) prévenir la détérioration de l'état mental du malade; et/ou
 - (iii) protéger le malade contre un dommage infligé par lui-même; et/ou
 - (iv) protéger autrui d'un dommage considérable.

Le traitement sans consentement et sans l'autorisation d'un organe légalement constitué ne doit être institué que dans les urgences, et uniquement pour la durée de l'urgence (voir la sous-section 8.4).

8.3.5 Procédure pour le traitement non volontaire des personnes placées

Il y a différentes manières d'appliquer un processus de traitement – distinct du processus de placement. La décision du traitement peut être indépendante en termes de:

- a) *temps* – le traitement non volontaire n'est évalué qu'après admission du malade;
- b) *critères* – l'état de santé mentale qui nécessite le placement d'office est différent de la capacité à décider du traitement; et
- c) *pouvoir professionnel et d'autorisation* – différentes personnes, avec différentes compétences, sont impliquées dans la décision de savoir qui a besoin d'être admis contre sa volonté et qui a besoin de traitement non volontaire.

Chacun de ces facteurs peut conférer des protections supplémentaires à l'usager, mais, comme avec le placement, il ne faut pas que ces processus retardent indûment le traitement, puisque cela peut également constituer une violation des droits de l'homme.

Dans les situations où il y a moins de ressources, il est encore possible de séparer les *critères* pour le placement d'office et pour le traitement non volontaire, mais la ou les *même(s) personne(s)* doivent mener l'évaluation pour le traitement en même temps qu'évaluer le placement.

Qu'il fasse partie d'un processus combiné ou séparé, le traitement non volontaire doit toujours être proposé par un praticien de santé mentale convenablement qualifié et accrédité. La catégorie professionnelle à laquelle il appartient dépendra des ressources et des situations du pays. Comme avec le placement, un deuxième médecin praticien de santé mentale indépendant et accrédité qui a examiné indépendamment le malade et consulté tout le dossier médical et de traitement du malade, peut être utilisé pour confirmer le plan de traitement. Les praticiens qui prennent des décisions de traitement ne peuvent le faire que dans leur domaine professionnel de pratique. Il est important d'insister une fois de plus sur le fait que les professionnels désignés doivent avoir la formation, l'expertise et la compétence requises pour jouer ce rôle – et la législation doit stipuler ces critères.

Sur la base des recommandations susmentionnées, le plan de traitement – comme avec les recommandations sur le placement – peut être approuvé par une autorité indépendante (cela peut être l'organe de révision). Il peut être demandé à l'autorité indépendante de vérifier que le malade manque en effet de la capacité à donner le consentement au traitement, et (dans certaines législations) que le traitement proposé est dans le meilleur intérêt du malade. Comme avec les placements, cette autorité indépendante peut être quasi-judiciaire ou judiciaire. Le point essentiel est que l'autorité indépendante est différente du ou des individus qui proposent le traitement, et est composée de personnes justifiant des compétences et connaissances requises pour juger de la compétence du malade.

Bien que dans certaines situations cet organe soit différent de l'organe qui autorise le placement, il ne peut pas en être ainsi dans toutes les situations. Lorsqu'un seul organe est disponible, ses membres devront garder à l'esprit la différence entre les critères de placement et de traitement. L'autorité pourrait ensuite décider dans une gamme d'options, par exemple, qu'une personne doit être admise contre sa volonté mais ne peut pas être traitée médicalement sans son consentement, que le malade soit admis et traité, ou que ni placement d'office ni traitement ne sont autorisés.

Lorsque la même autorité évalue le placement et le traitement, il se crée une opportunité de recommander le traitement en milieu communautaire (c.-à-d. le traitement obligatoire sans placement) – si c'est une option pour le pays (voir la sous-section 8.3.7 ci-dessous). Une autre

variation de l'approbation indépendante du traitement non volontaire est de préciser certaines modalités de traitement qui exigent un processus d'examen séparé. Par exemple, le traitement à l'aide de médicaments psychotropes en dépôt peut exiger une procédure séparée pour en approuver l'usage, mais pas pour administrer le médicament oral.

Lorsque le traitement non volontaire est recommandé, au titre d'une approche "combinée" ou "séparée", il est essentiel que le malade soit protégé de tout dommage indu et que le traitement proposé vise à bénéficier au malade. En général, le traitement doit toujours être appliqué en réponse à un symptôme clinique reconnu, avoir un but thérapeutique, et être susceptible de comporter un réel avantage clinique – et ne pas seulement avoir un effet sur la situation administrative, pénale, familiale ou autre du malade. Le traitement non volontaire doit suivre les directives de traitement nationales et/ou internationales pour la pathologie mentale particulière – celles qui offrent le plus de protections et de garanties contre les abus.

Le traitement non volontaire ne doit pas être administré pendant plus longtemps qu'il n'est nécessaire, et doit être examiné systématiquement par le praticien traitant et périodiquement par un organe de révision indépendant. Dans certains textes de loi, un délai maximal pour le traitement peut être stipulé. Un des buts essentiels du traitement proposé doit être de restaurer la capacité du malade, et quand cela se produit, le traitement non volontaire doit être arrêté. Dans beaucoup de cas, le traitement volontaire commencera alors. Lorsqu'un délai est stipulé, le traitement non volontaire ne doit pas s'étendre au-delà du délai approuvé ou au-delà de la restauration de la capacité du malade – *la première condition remplie étant prépondérante*.

La législation peut encourager les professionnels à associer les malades et/ou leurs familles (ou d'autres parties intéressées) dans l'élaboration du plan de traitement proposé, même si le traitement est imposé. Les malades et ceux qui s'en occupent doivent être immédiatement informés de leurs droits lorsque les malades sont traités contre leur gré.

Les malades et leurs familles et/ou représentants personnels doivent avoir le droit de faire appel devant un organe de révision, un tribunal et/ou une cour de justice contre l'imposition de traitement non volontaire. Une fois de plus, il est utile d'avoir des fiches normalisées pour le processus d'appel devant un organe de révision (voir l'annexe 8 pour un exemple d'une telle fiche).

Exemple: Appel accueilli d'un malade placé contre le traitement non volontaire dans l'Ontario au Canada

Dans l'Ontario au Canada, le professeur Starson a été placé après qu'il a été conclu qu'il n'était pas pénalement responsable pour avoir fait des menaces de mort, et le comité de révision a ordonné sa détention pendant 12 mois. Le médecin traitant a proposé un traitement médical pour son état bipolaire. Starson a refusé de consentir au traitement au motif que le médicament abrutissait son esprit et diminuait sa créativité, mais le médecin traitant a conclu qu'il n'était pas capable de décider s'il fallait accepter ou rejeter le traitement médical. Starson a fait appel devant le Comité de consentement et de capacité pour qu'il révise la décision du médecin. Le Comité a confirmé la décision du médecin. Cependant, la décision du Comité a été cassée par la suite à l'examen judiciaire par la Cour supérieure. Cette décision a été à son tour référée devant la Cour d'Appel, qui a soutenu la décision de la cour inférieure. Le cas est allé à la Cour suprême du Canada, la plus haute juridiction du pays. En juin 2003, la Cour suprême a soutenu la décision de la Cour d'Appel de l'Ontario.

Aux termes de la loi sur le consentement aux soins de santé de l'Ontario (voir sec. 2.3) une personne doit pouvoir comprendre les informations pertinentes à la prise d'une décision de traitement, et doit pouvoir apprécier les conséquences raisonnablement prévisibles de la décision ou de l'absence de décision.

La Cour a conclu que le Comité avait mal appliqué le test réglementaire de capacité et avait été inexact dans sa conclusion que le professeur Starson était incapable d'apprécier les conséquences de sa décision.

Ce cas démontre les principes importants selon lesquels:

- le placement sans le consentement de la personne n'implique pas nécessairement que la personne est incapable de prendre des décisions de traitement;
- les tests qui déterminent la capacité sont ouverts à interprétation;
- en autorisant des appels à des autorités supérieures, les décisions initiales sur le traitement peuvent être cassées;
- l'intégrité et l'inviolabilité d'une personne sont un principe crucial des droits de l'homme.

(*Starson v. Swayze, 2003, SCC 32*)

Lorsqu'il examine périodiquement le traitement non volontaire, l'autorité indépendante doit s'assurer que les raisons de la poursuite du traitement non volontaire persistent. Lorsque le délai pour l'autorisation du traitement non volontaire a été stipulé et le traitement au-delà de ce délai est nécessaire, il faut reprendre le processus d'approbation du traitement. Le refus simple de traitement par un malade ne doit pas être considéré comme une raison suffisante pour réapprouver le traitement non volontaire.

Traitement non volontaire: les points essentiels

- Les critères pour le traitement non volontaire doivent être remplis avant que le traitement ne soit administré.
- Procédure à suivre pour le traitement non volontaire:
 - a) Le plan de traitement doit être proposé par un praticien de santé mentale accrédité justifiant de compétence et de connaissances suffisantes pour entreprendre le traitement proposé.
 - b) Il faut un deuxième praticien de santé mentale accrédité indépendant pour accepter le plan du traitement.
 - c) Une autorité indépendante (organe de révision) doit se réunir le plus tôt possible après que le traitement non volontaire a été recommandé pour examiner le plan de traitement. Il doit se réunir à nouveau à intervalles fixes pour évaluer la nécessité de poursuivre le traitement non volontaire.
 - d) Lorsque l'approbation du traitement non volontaire porte sur une période limitée, le traitement ne peut être prolongé que si le processus d'approbation est répété.
 - e) Le traitement non volontaire doit cesser lorsqu'on juge que les malades ont recouvré leur capacité à prendre des décisions sur le traitement, lorsqu'il n'y a plus de nécessité de traitement ou quand le temps approuvé s'est écoulé – la première condition réalisée étant prépondérante.
 - f) Les malades et leurs familles et/ou représentants personnels doivent être immédiatement informés des décisions de traitement non volontaire qui sont prises et, dans la mesure du possible, être impliqués dans l'élaboration du plan de traitement.
 - g) Une fois le traitement non volontaire approuvé, les malades, les familles et les représentants personnels doivent être informés de leur droit de faire appel devant un organe de révision, un tribunal et/ou une cour de justice contre la décision de traitement non volontaire.

Il convient de noter que la procédure susmentionnée ne s'applique pas aux situations d'urgence, aux traitements spéciaux ou à la recherche, qui sont discutées ci-dessous.

8.3.6 Consentement par procuration pour le traitement

Certaines juridictions prévoient la nomination d'un représentant personnel, d'un membre de famille ou d'un tuteur légalement nommé qui a le droit de donner le consentement au traitement au nom du malade. Manifestement, le consentement par procuration ne peut être envisagé que dans les situations où l'absence de capacité de la personne à consentir au traitement a été établie.

Le consentement "par procuration" dans beaucoup de circonstances est une forme de traitement non volontaire. Tout mandataire ou substitut doit être lié par une norme de "jugement

substitué" quand il prend des décisions pour une personne sans capacité. En d'autres termes, les substituts doivent prendre la décision qu'ils croient que la personne dans l'incapacité aurait prise si cette personne avait la capacité de prendre la décision. Lorsque la personne n'a jamais eu de capacité – comme dans le cas de retardés mentaux – la norme se confond avec celle du "meilleur intérêt". Cependant, même dans ce cas, les substituts doivent s'efforcer de connaître la situation particulière de la personne afin qu'ils puissent prendre la décision qui est la plus proche de leur perception des désirs et besoins connus de la personne souffrant d'incapacité.

Les décisions par procuration comportent des avantages pour les membres de famille; ce sont eux qui sont les plus susceptibles d'avoir à cœur les meilleurs intérêts des malades et de connaître leurs valeurs. Il faut cependant reconnaître aussi que les décisions par "procuration" – surtout lorsque ce sont les membres de famille qui les prennent – peuvent ne pas être véritablement indépendantes. Des conflits d'intérêt peuvent se produire dans les familles, et les membres de famille peuvent confondre leur meilleur intérêt avec le meilleur intérêt du malade. Les garanties incorporées dans les règles qui régissent le traitement non volontaire doivent par conséquent s'appliquer également au consentement par procuration; par exemple, les malades doivent avoir le droit de faire appel même dans des circonstances de consentement par procuration.

Dans la législation de certains pays, il est prévu une "directive préalable", par laquelle les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent, pendant les périodes où elles "se portent bien", déterminer ce qu'elles trouvent acceptables ou inacceptables pour les périodes pendant lesquelles elles sont incapables de prendre des décisions en connaissance de cause. Elles peuvent également déterminer qui doit prendre des décisions en leur nom pendant les périodes où elles ne peuvent pas prendre des décisions en connaissance de cause (voir l'annexe 9 pour un exemple des directives préalables de Nouvelle Zélande pour les malades mentaux).

Une étude récente a montré que la négociation d'un plan de crise conjoint entre malades et équipes de santé mentale, y compris la préparation de directives préalables spécifiant les préférences du traitement, peut aboutir à la réduction des placements d'office pour les malades atteints de troubles mentaux graves (Henderson, 2004).

Le problème est plus complexe lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux spécifie un refus préalable de traitement. Certains professionnels de santé mentale sont réticents à accepter qu'un tel refus préalable s'applique dans une situation postérieure lorsqu'un malade remplit les critères pour le traitement non volontaire, et lorsque le refus préalable de traitement priverait un malade grave du traitement requis, ou lorsque les malades risquent de se faire du mal ou de mettre autrui en danger.

Consentement par procuration au traitement: les points essentiels

- Le consentement par procuration peut être donné à un représentant personnel, un membre de famille ou un tuteur légalement nommé qui a le droit de donner le consentement au traitement au nom du malade.
- Les règles qui régissent le traitement non volontaire "par procuration" doivent comporter des garanties. Par exemple, les malades doivent avoir le droit de faire appel.
- Les "directives préalables" donnent aux malades l'occasion de prendre des décisions sur eux-mêmes pendant les périodes où ils peuvent donner le consentement en connaissance de cause pour les périodes où ils n'en sont pas capables. Si une loi prévoit l'usage de directives préalables ou d'autres formes de prise de décision de substitution, elle doit définir ces termes clairement et de manière cohérente.

8.3.7 Traitement non volontaire en milieu communautaire

Principes MI: Traitement dans l'environnement le moins restrictif

Tout patient a le droit d'être traité dans l'environnement le moins restrictif possible et selon le traitement le moins restrictif ou portant le moins possible atteinte à l'intégrité du patient et répondant à ses besoins de santé et à la nécessité d'assurer la sécurité physique d'autrui.

(Principe 9(1), Principes MI)

Sur la base du principe de l'environnement le moins restrictif, certains pays ont adopté une législation qui autorise le traitement non volontaire des malades qui résident en milieu communautaire. L'environnement communautaire est considéré comme étant habituellement moins restrictif qu'un hôpital (bien que les conditions de vie très restrictives et les interventions médicales importunes qui peuvent faire partie des injonctions communautaires soient quelquefois plus restrictives que, par exemple, un bref séjour à l'hôpital).

Les exemples d'environnements moins restrictifs comprennent généralement le traitement en consultation externe, le traitement en placement pendant le jour, les programmes de placement partiel et le traitement à domicile. Il y a d'autres raisons pour lesquelles certains pays ont prévu le traitement non volontaire en milieu communautaire. D'abord, les professionnels et d'autres intervenants sont préoccupés par l'apparition d'un cercle vicieux, dans lequel les personnes atteintes de troubles mentaux subissent le placement et le traitement non volontaire, arrêtent le traitement à la sortie et rechutent, ce qui mène à un cycle continu de placement et de traitement non volontaire. Ensuite, il y a une perception publique – ainsi que professionnelle – assez commune selon laquelle la désinstitutionnalisation a échoué dans beaucoup de pays, et que le nombre de personnes atteintes de troubles mentaux dans la communauté crée un risque pour le public (Harrison, 1995; Thomas, 1995).

Certains pays ont des injonctions de supervision communautaire qui obligent les individus à résider dans un lieu spécifié et à assister à des programmes de traitement précis (tels que le conseil, l'éducation et la formation). Ils accordent également aux individus l'accès aux professionnels de santé mentale chez eux, mais ne prévoient pas qu'ils doivent se soumettre à un traitement médical sans consentement. D'autres pays ont pris des injonctions de traitement en milieu communautaire qui comprennent une disposition pour le traitement médical d'office.

La Nouvelle Zélande a révisé sa législation sur la santé mentale pour s'accorder avec le principe de l'environnement le moins restrictif. Aux termes de la Loi sur la santé mentale (Évaluation et traitement obligatoires), Sec. 28(2), lorsqu'une cour a statué que les critères de certification (pour traitement non volontaire) ont été remplis, "la cour émet une injonction de traitement en milieu communautaire, à moins que la cour considère que le malade ne peut pas être correctement traité comme malade en consultation externe, auquel cas la cour émet une injonction de placement". De telles dispositions législatives visent à encourager le traitement à base communautaire plutôt qu'un cadre dépassé de placements institutionnels. Certains autres pays ont introduit le concept de permission conditionnelle, sur la base du principe de l'environnement le moins restrictif, afin d'aider à la réintégration communautaire des malades qui ont reçu un traitement non volontaire dans les environnements hospitaliers.

Pour l'instant, les bases factuelles de l'efficacité de la supervision communautaire obligatoire et/ou des injonctions de traitement sont encore assez nouvelles. Ces injonctions semblent réduire la réhospitalisation et le nombre total des jours de placement quand ils sont accompagnés d'un traitement à base communautaire intensif, ce qui nécessite un engagement considérable de main-d'œuvre et de ressources financières (Swartz et al., 1999).

La législation sur la supervision et le traitement en milieu communautaire ne doit être introduite que dans le contexte de services de santé mentale à base communautaire accessibles et de

qualité qui mettent l'accent sur les soins et le traitement volontaires comme l'option préférée. Le risque est grand que la supervision communautaire obligatoire amène les services de santé mentale à compter sur la contrainte pour fournir les soins à base communautaire, plutôt que de s'attacher à rendre ces services acceptables aux usagers et d'investir efforts et ressources pour que les usagers recourent volontairement à ces services.

Les critiques – en particulier celles de groupes représentant les usagers – ont argué que les injonctions de supervision et de traitement obligatoire reviennent à "l'institutionnalisation" en milieu communautaire, et ils s'opposent vivement à la prise de ces mesures.

Les législateurs et les autres intervenants qui envisagent le traitement obligatoire en milieu communautaire doivent s'assurer que cette approche ne nuit pas aux buts de la désinstitutionnalisation et aux nombreux progrès réalisés au cours des cinq dernières décennies dans le traitement avec humanité des personnes atteintes de troubles mentaux.

Comme dans les cas de placement et de traitement non volontaire, lorsque les injonctions communautaires sont appliquées, elles doivent être examinées régulièrement et les injonctions révoquées quand les critères ne sont plus remplis. En outre, les personnes soumises à des soins d'office en milieu communautaire doivent également avoir le droit de faire appel de leur statut.

Les soins d'office en milieu communautaire doivent être considérés comme une alternative au placement d'office dans un service de santé mentale, plutôt que comme une alternative aux soins communautaires volontaires. Les critères pour le traitement non volontaire décrits ci-dessus doivent par conséquent l'emporter dans tous les cas de soins et de traitement non volontaire.

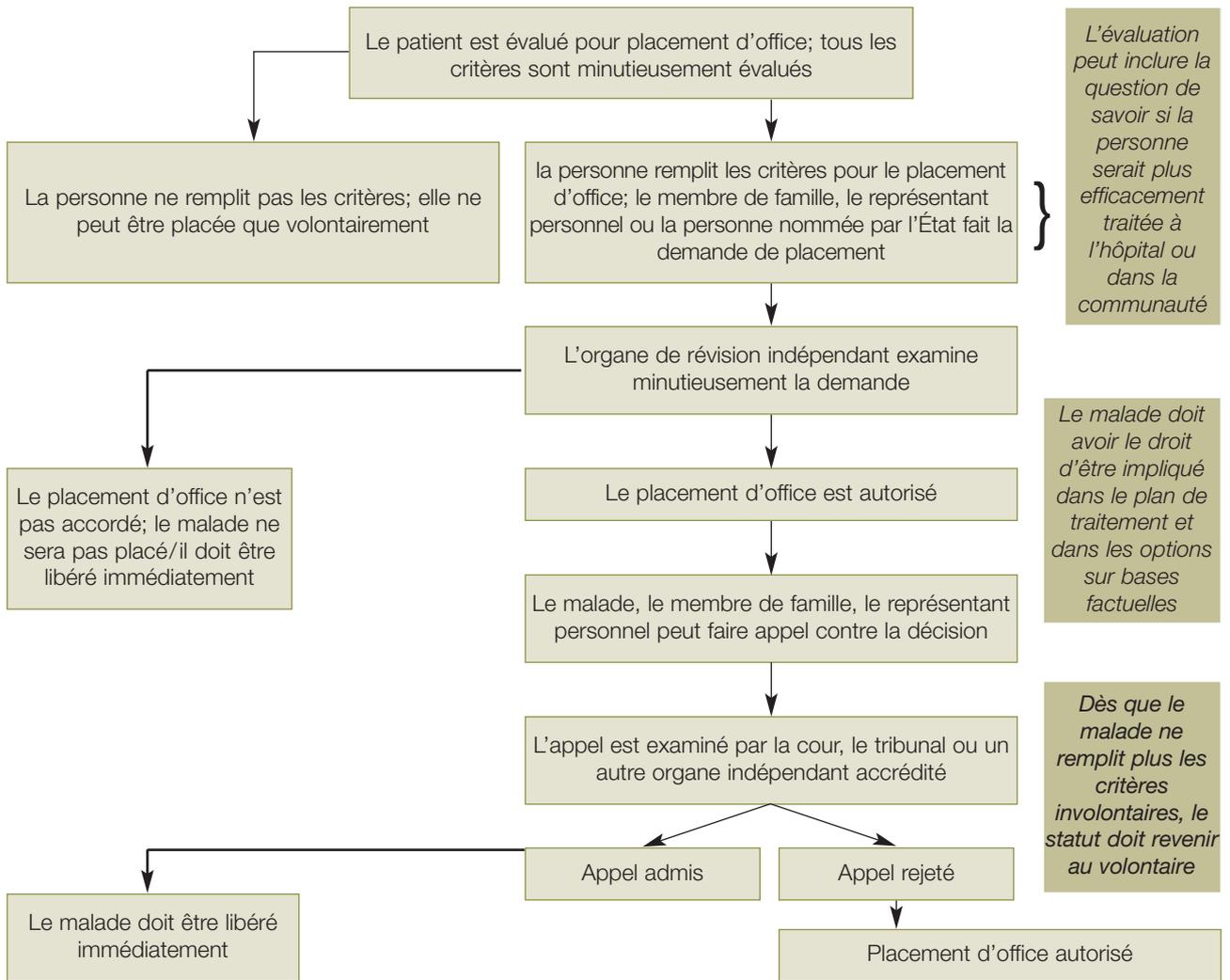
Soins d'office à base communautaire: les points essentiels

- **Le traitement non volontaire à base communautaire (injonctions de traitement en milieu communautaire) et les injonctions de supervision communautaire peuvent représenter une alternative généralement moins restrictive au traitement non volontaire en placement. Les exigences de procédure pour la supervision à base communautaire doivent être semblables à celles des injonctions de traitement non volontaire à l'hôpital (comme décrit ci-dessus).**
- **La législation sur la supervision et le traitement à base communautaire ne doit être introduite que dans le contexte de services de santé mentale à base communautaire accessibles et de qualité qui mettent l'accent sur les soins et le traitement volontaires comme l'option préférée.**
- **Comme dans les cas de placement et de traitement non volontaire, lorsque les injonctions communautaires sont appliquées, elles doivent être examinées régulièrement et les injonctions révoquées quand les critères ne sont plus remplis.**
- **Les personnes soumises aux soins d'office en milieu communautaire doivent avoir le droit de faire appel de leur statut.**
- **Les soins d'office en milieu communautaire doivent être considérés comme une alternative au placement d'office dans un service de santé mentale, plutôt que comme une alternative aux soins communautaires volontaires.**

Figure 1.

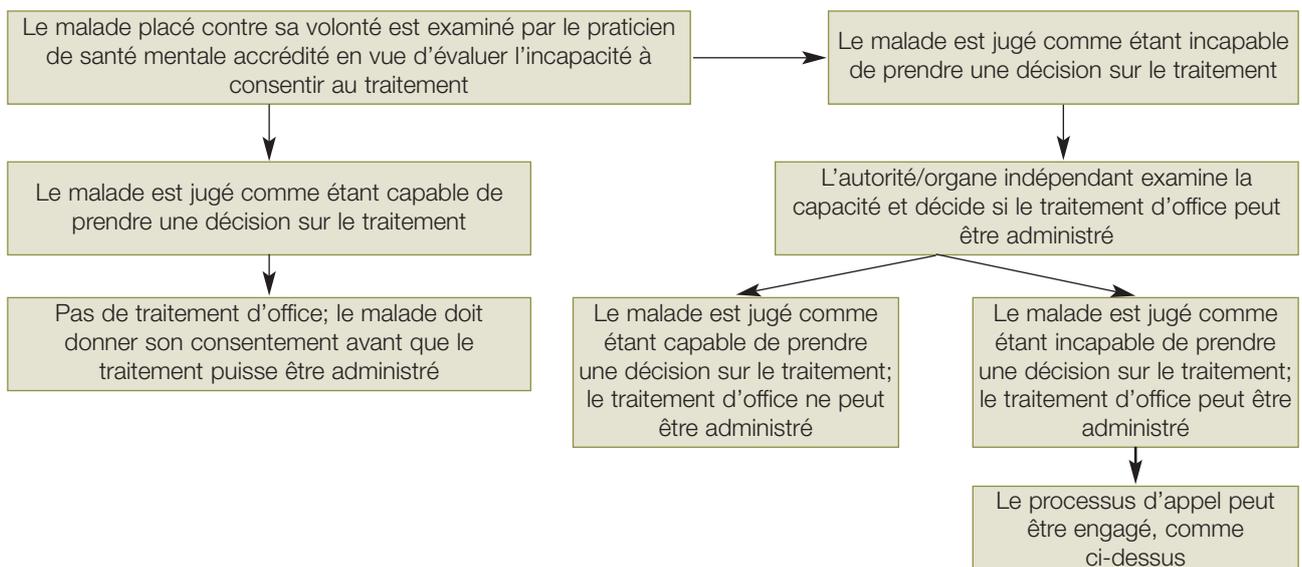
Procédure d'admission et de traitement d'office combinée

(Dans cette figure, partout où le placement d'office est mentionné, le traitement d'office est aussi supposé)



En cas de procédure séparée pour le traitement non volontaire

(Lorsque le placement et le traitement sont séparés, la procédure ci-dessus doit être menée, suivie par la procédure ci-dessous pour le traitement non volontaire)



8.4 Situations d'urgence

Il y aura des situations où le placement d'office urgent et/ou le traitement non volontaire urgent peuvent être requis. Les malades activement suicidaires ou intensément dérangés qui sont violents ou agressifs en sont des exemples. Dans ce cas il ne peut être réalisable ou raisonnable de s'attendre au respect des procédures de fond pour le placement et le traitement non volontaire. La législation doit par conséquent prévoir des garanties suffisantes pour ce type de traitement d'urgence. L'assistance de la police peut également être requise dans certaines situations (voir la section 14 ci-dessous).

La législation doit définir ce qui constitue une urgence. Dans la plupart des juridictions, une situation d'urgence est une situation dans laquelle il y a danger *immédiat et imminent* pour la santé et la sécurité de la personne intéressée et/ou d'autrui. Pour être considéré comme urgence, il faut d'abord démontrer que le temps nécessaire pour suivre les procédures de fonds causerait un retard suffisant et mènerait à un dommage pour la personne concernée ou autrui. Dans de telles situations, la législation peut autoriser le placement d'office immédiat et/ou le traitement non volontaire immédiat sur la base d'une évaluation menée par un praticien de santé mentale qualifié et/ou un autre praticien de santé mentale accrédité qui opère dans son domaine de pratique. Le placement et/ou traitement d'urgence ne doit pas être prolongé, mais autorisé seulement pour une courte période de temps. Pendant ce temps, s'il apparaît que la personne aura besoin de plus de soins non volontaires, les procédures de fond pour le placement ou le traitement non volontaire doivent être entreprises. Dans beaucoup de pays, le placement ou le traitement d'urgence n'est pas autorisé pour plus de 72 heures, puisque ce délai donne suffisamment de temps pour satisfaire à toutes les exigences de respect des procédures non volontaires de fonds. Le traitement d'urgence ne doit pas comprendre d'ECT, de neuroleptiques de dépôt et de traitements irréversibles tels que la psychochirurgie ou les procédures de stérilisation.

8.4.1 Procédure pour le placement et le traitement non volontaires dans les situations d'urgence

Le malade doit être examiné par un praticien qualifié pour déterminer s'il y a urgence. En particulier, le praticien doit pouvoir justifier le placement d'office, étant donné la nature de l'urgence.

Lorsque la personne est admise pour traitement dans un service de santé mentale accrédité, le traitement doit être administré selon un plan de traitement dressé et supervisé par un praticien de santé mentale qualifié (qui, idéalement, doit être différent du praticien qui certifie le placement et/ou le traitement).

Si la personne nécessite le placement/traitement non volontaire au-delà du délai d'urgence prescrit, les procédures pour le placement et/ou le traitement (voir la section 8.3 ci-dessus) doivent être engagées et achevées dans un délai spécifié. Si le malade ne remplit pas les critères pour le placement/traitement non volontaire, ou si les procédures pour la rétention/le traitement de la personne comme malade non volontaire ne sont pas achevées, la personne doit être libérée immédiatement à la fin de l'urgence. Les malades placés qui ne remplissent pas les critères pour le placement/le traitement non volontaire après un placement d'urgence, mais qui pourraient encore bénéficier de traitement, doivent être considérés comme des usagers volontaires et traités uniquement avec leur consentement en connaissance de cause.

Si une personne est libérée du placement d'office d'urgence et que le placement d'office et/ou le traitement non volontaire ne lui sont pas accordés, il serait peu approprié de faire immédiatement une nouvelle demande de pouvoirs d'urgence pour réadmettre la personne, à moins qu'il y ait un changement de fond dans la nature de l'urgence qui nécessite le recours à ces pouvoirs d'urgence. Le but de cette disposition est de prévenir le mauvais usage des pouvoirs d'urgence en vue de prolonger indéfiniment le placement d'office ou le traitement non volontaire.

Les membres de la famille et/ou les représentants personnels du malade doivent être informés immédiatement du recours à des pouvoirs d'urgence. Et ils doivent avoir le droit de faire appel devant un tribunal de santé mentale, un organe de révision et les tribunaux contre le placement et le traitement d'urgence.

Situations d'urgence: les points essentiels

- Pour être considéré comme urgence, il faut d'abord démontrer que le temps nécessaire pour suivre les procédures de fonds causerait un retard suffisant et mènerait à un dommage pour la personne concernée ou autrui.
- Dans une urgence, le placement et le traitement non volontaires doivent être autorisés en fonction de l'évaluation et du conseil d'un praticien de santé mentale qualifié ou d'un autre praticien approprié.
- Le traitement d'urgence doit être limité dans le temps (habituellement pas plus de 72 heures), et les procédures de fond pour le placement et le traitement non volontaire, si nécessaires, doivent être engagées le plus tôt possible et achevées dans ce délai.
- Le traitement d'urgence ne doit pas comprendre:
 - > les neuroleptiques de dépôt
 - > l'ECT
 - > la stérilisation
 - > la psychochirurgie et tout autre traitement irréversible.

- Procédure pour le placement et le traitement d'urgence:

Un praticien qualifié doit examiner la personne et certifier que la nature de l'urgence exige le placement et le traitement non volontaires immédiats.

- a) Un plan de traitement doit être rédigé sous la supervision d'un professionnel de santé générale ou mentale.
- b) Les procédures pour le placement et/ou le traitement non volontaire doivent être engagées immédiatement s'il s'avère que la personne est susceptible de nécessiter des soins d'office au-delà du délai stipulé pour le traitement d'urgence.
- c) Il est peu approprié de faire une nouvelle demande de pouvoirs d'urgence quand un malade a été libéré suite à l'achèvement de la procédure pour le placement d'office, à moins que la nature de l'urgence ait changé considérablement.
- d) Les membres de famille, les représentants personnels et/ou un représentant légal du malade doivent être informés immédiatement du recours à des pouvoirs d'urgence.
- e) Les malades, leurs familles et/ou représentants personnels ont le droit de faire appel devant un tribunal de santé mentale et les tribunaux contre le placement et le traitement d'urgence.

9. Exigences en matière de personnel pour déterminer des troubles mentaux

Il y a un consensus international sur le fait que les experts cliniques qualifiés doivent baser leur évaluation des troubles mentaux sur des preuves objectives.

La législation (ou la réglementation) doit

- définir le niveau d'expérience et de compétences nécessaire pour déterminer les troubles mentaux; et
- délimiter les groupes professionnels autorisés à le faire.

9.1 Niveau de compétences

Il doit y avoir un système d'accréditation par lequel les praticiens qui font partie du processus de détermination des troubles mentaux sont indépendamment accrédités comme justifiant de compétences démontrables dans cette tâche. Cette accréditation doit:

- être codifiée dans la loi;
- exiger que le professionnel accrédité ait atteint un niveau de compétence établi par l'organisation professionnelle ou l'organe de certification pertinent;
- exiger que le professionnel accrédité maîtrise la législation pertinente sur la santé mentale.

Dans les pays où il n'est pas possible de remplir toutes ces exigences, la loi doit stipuler qu'un processus doit être mis en place pour garantir que les praticiens qui déterminent qui est atteint de troubles mentaux ont la compétence à le faire.

9.2 Groupes professionnels

Le groupe professionnel qui peut juger de la présence ou de l'absence de troubles mentaux doit être déterminé dans les pays, et son choix doit être lié aux questions de disponibilité, d'accessibilité, de formation et de compétence des différents groupes professionnels. Dans certains pays développés, seul le psychiatre (médecin ayant une formation spéciale en santé mentale et troubles mentaux, et certifié comme tel) est qualifié pour entreprendre cet exercice, tandis que dans d'autres, les médecins généralistes sont considérés comme compétents. Les Principes MI sont silencieux sur cette question, se contentant de dire "conformément aux normes d'éthique applicables aux praticiens de santé mentale, y compris aux normes acceptées sur le plan international". La Commission européenne des droits de l'homme, en revanche, a accepté que les preuves médicales peuvent venir d'un médecin généraliste plutôt que d'un psychiatre (*Schuurs v. la Hollande, 1985*).

Dans beaucoup de pays à faible revenu confrontés à une pénurie de psychiatres et de médecins généralistes, il peut être approprié de désigner d'autres praticiens de santé mentale, tels que les psychologues, les assistants sociaux de psychiatrie et les infirmiers de psychiatrie, comme étant compétents pour décider des troubles mentaux. Lorsque cela est autorisé, la législation (ou la réglementation qui l'accompagne) doit clairement préciser le niveau de connaissances, d'expérience et de formation requis pour cette accréditation.

Exigences en matière de personnel pour déterminer des troubles mentaux: les points essentiels

- La législation (ou la réglementation) doit:
 - > définir le niveau d'expérience et de compétences requis pour déterminer des troubles mentaux;
 - > délimiter les groupes professionnels autorisés à le faire.
- Un système d'accréditation par lequel les praticiens impliqués dans le processus de détermination des troubles mentaux sont reconnus comme ayant une compétence démontrable dans cette tâche doit être mis en place.
- Le groupe professionnel qui peut juger de la présence ou de l'absence de troubles mentaux doit être déterminé dans les pays. Dans les pays confrontés à une pénurie de psychiatres et de médecins généralistes, il peut être approprié de désigner d'autres praticiens de santé mentale, tels que les psychologues, les assistants sociaux de psychiatrie et les infirmiers de psychiatrie, comme étant compétents pour décider des troubles mentaux. Lorsque cela est autorisé, la législation (ou la réglementation qui l'accompagne) doit clairement préciser le niveau de connaissances, d'expérience et de formation requis pour cette accréditation.

10. Traitements spéciaux

Les pays peuvent décider d'adopter une législation visant à protéger les gens contre les abus dans le recours à certains traitements tels que des procédures médicales et chirurgicales importantes, l'ECT, la psychochirurgie ou d'autres traitements irréversibles. Certains pays peuvent également avoir besoin d'interdire spécifiquement certaines interventions si elles sont utilisées sans justification comme traitements pour les troubles mentaux. La stérilisation comme traitement pour la maladie mentale en est un exemple. En outre, le simple fait d'avoir des troubles mentaux ne doit pas être une raison pour la stérilisation ou l'avortement sans consentement en connaissance de cause.

Principes MI: Stérilisation

La stérilisation ne doit jamais être appliquée en tant que traitement des maladies mentales.

(Principe 11(12), Principes MI)

10.1 Principales procédures médicales ou chirurgicales

Principes MI: Principales procédures médicales ou chirurgicales

Une personne atteinte de maladie mentale ne peut subir d'intervention médicale ou chirurgicale importante que si la législation nationale le permet, si l'on considère qu'elle répond à l'intérêt supérieur du patient et si celui-ci y donne son consentement en connaissance de cause; lorsque le patient n'est pas en mesure de donner son consentement en connaissance de cause, l'intervention ne doit être autorisée qu'après un examen indépendant.

(Principe 11(13), Principes MI)

Les procédures médicales ou chirurgicales importantes sur des malades atteints de troubles mentaux ne doivent généralement être exécutées qu'après avoir obtenu un consentement libre et en connaissance de cause. Les normes éthiques qui régissent ces traitements doivent s'appliquer pareillement aux malades de la santé non-mentale et aux malades de santé mentale. Si un malade n'a pas la capacité de donner son consentement en connaissance de cause, la législation ne peut autoriser ces procédures que dans des circonstances exceptionnelles et avec des garanties suffisantes.

Les procédures médicales et chirurgicales sans consentement peuvent être autorisées si elles sont jugées vitales, et si le retard dû à l'attente de la restauration de la capacité du malade à consentir met en danger la vie du patient. Dans de rares cas de maladie mentale ou de retard mental profond, dans lesquels l'absence de capacité à consentir du malade est susceptible d'être permanente, des interventions médicales et chirurgicales peuvent également être nécessaires sans consentement. Dans ces situations, le traitement médical ou chirurgical proposé peut être autorisé par un organe de révision indépendant ou, dans les pays où la loi l'autorise, au moyen d'un consentement par procuration par un tuteur, parent ou représentant personnel. Dans les autres cas, le traitement médical et chirurgical doit être différé jusqu'à ce que l'état mental du malade s'améliore au point où il a la capacité de prendre une décision sur le traitement.

Lorsqu'un traitement médical et chirurgical d'urgence est nécessaire pour sauver la vie d'un malade ou prévenir la détérioration irréparable de sa santé physique, une personne atteinte de troubles mentaux doit avoir droit au même traitement disponible pour les autres personnes sans troubles mentaux qui ne sont pas capables de consentir (par exemple les patients inconscients). La législation qui régit le traitement médical et chirurgical d'urgence administré sans consentement à toutes les personnes doit donc couvrir également les personnes atteintes de troubles mentaux. Les services médicaux ont la responsabilité de fournir, et de justifier, l'opportunité de ce traitement médical et chirurgical d'urgence.

10.2 Psychochirurgie et autres traitements irréversibles

Principes MI: Psychochirurgie et autres traitements irréversibles et portant atteinte à l'intégrité du patient

La psychochirurgie et les autres traitements portant atteinte à l'intégrité du patient et irréversibles applicables en cas de maladie mentale ne doivent jamais être appliqués à un patient non volontaire d'un service de santé mentale et dans la mesure où la législation nationale les autorise, ils ne peuvent être appliqués à tout autre patient que si celui-ci y a donné son consentement en connaissance de cause et si un organisme extérieur et indépendant se déclare convaincu que le consentement du patient a été réellement donné en connaissance de cause et que ce traitement répond à l'intérêt supérieur du patient.

(Principe 11(14), Principes MI)

D'une manière générale, la psychochirurgie et les autres traitements de santé mentale irréversibles ne doivent pas être autorisés sur des personnes incapables de donner leur consentement en connaissance de cause. Vu la nature irréversible de certains traitements, la législation peut fournir un niveau supplémentaire de protection aux malades consentants en rendant obligatoire l'approbation du traitement par un organe de révision indépendant ou une garantie semblable. L'organe de révision (ou une autre structure de protection) doit interviewer le malade, s'assurer que le malade a la capacité de donner, et a donné en fait, son consentement en connaissance de cause, et examiner l'historique médical/psychiatrique et les dossiers du malade. L'organe de révision/de protection doit être convaincu que le traitement importun proposé l'est dans l'intérêt supérieur du malade. Les malades doivent également être informés de tous les risques ainsi que des effets à court et à long termes du traitement proposé.

10.3 Traitement par électrochocs (ECT)

Bien que la thérapie par électrochocs soit l'objet d'une grande controverse et que certains croient qu'il faut l'abolir, elle est utilisée et continue à l'être dans beaucoup de pays pour certains troubles mentaux. Si l'ECT est utilisé, il ne doit être administré qu'après avoir obtenu le consentement en connaissance de cause. Et il ne doit être administré que sous une forme modifiée, c.-à-d. avec usage d'anesthésie et de relaxants musculaires. La pratique consistant à utiliser l'ECT non modifié doit être abolie.

Il n'y a pas d'indications pour l'usage de l'ECT sur les mineurs, et la législation doit par conséquent en interdire l'utilisation.

Traitements spéciaux: les points essentiels

- **La stérilisation n'est pas un traitement pour les troubles mentaux, et être atteint de troubles mentaux ne doit être une raison pour la stérilisation (ou l'avortement) sans consentement en connaissance de cause.**
- **Les normes éthiques qui régissent les procédures médicales et chirurgicales importantes applicables à tous les malades doivent également être appliquées aux personnes atteintes de troubles mentaux.**
- **Les procédures médicales et chirurgicales importantes ne doivent être exécutées qu'avec le consentement en connaissance de cause, sauf circonstances exceptionnelles. Dans ces circonstances, le traitement médical ou chirurgical proposé doit être autorisé comme traitement non volontaire par un organe de révision indépendant ou par consentement par procuration.**

- Les traitements médicaux et chirurgicaux d'urgence pour les personnes atteintes de troubles mentaux doivent être dispensés de la même manière pour tous les malades qui ont besoin d'un tel traitement d'urgence sans consentement.
- La psychochirurgie et les autres traitements irréversibles ne doivent pas être autorisés comme traitement non volontaire, et, à titre de protection supplémentaire, ce traitement doit être examiné et approuvé par un organe de révision indépendant.
- L'ECT ne doit être administré qu'après avoir obtenu le consentement en connaissance de cause. L'ECT modifié doit être utilisé. La législation doit interdire l'usage de l'ECT sur les mineurs.

11. Isolement et contrainte physique

Il peut s'avérer nécessaire de définir les termes "isolement" et "contrainte physique" dans la législation, puisque ces termes peuvent se prêter à plusieurs interprétations. En outre, il peut y avoir des types différents d'isolement et de contrainte physique qui peuvent s'appliquer à différentes circonstances.

La législation doit décourager l'usage de la contrainte physique et de l'internement d'office dans les établissements de santé mentale. Pour y parvenir, les pays devront développer leur infrastructure de santé mentale, puisque c'est souvent le manque de ressources qui encouragent le personnel à utiliser ces interventions. Pour protéger contre les abus, la législation peut définir les circonstances exceptionnelles dans lesquelles ces procédures sont autorisées. La contrainte physique et l'internement d'office peuvent être permis quand ils sont les *seuls* moyens disponibles pour prévenir le préjudice immédiat ou imminent pour le malade ou autrui, et alors utilisés pendant le temps strictement nécessaire à cet effet. Ils ne peuvent être autorisés que par un médecin praticien de santé mentale accrédité. Si ces interventions sont utilisées, il faut un contact actif et personnel constant avec la personne soumise à l'internement d'office ou à la contrainte physique, ce qui va au-delà du suivi passif. La législation peut veiller à ce que la contrainte physique et l'internement d'office ne soient utilisés que comme des procédures de dernier recours, quand toutes les autres méthodes de prévention de préjudice pour le malade ou autrui ont échoué. En particulier, la législation doit interdire l'usage de contrainte physique et d'isolement comme forme de punition.

Principes MI: Isolement et contrainte physique

La contrainte physique ou l'isolement du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées du service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui. Le recours à ces mesures ne doit durer que le temps strictement nécessaire à cet effet. Pour toutes les mesures de contrainte physique ou d'isolement, les raisons qui les motivent, leur nature et leur étendue, doivent être inscrites dans le dossier du patient. Tout patient soumis à la contrainte physique ou à l'isolement doit bénéficier de conditions humaines et être soigné et régulièrement et étroitement surveillé par un personnel qualifié. Dans le cas d'un patient ayant un représentant personnel, celui-ci est avisé sans retard, le cas échéant, de toute mesure de contrainte physique ou d'isolement.

(Principe 11(11), Principes MI)

Tous les épisodes de contrainte physique et d'isolement non volontaire doivent être enregistrés dans un registre qui est mis à la disposition de l'organe de révision pour consultation et identification des établissements qui peuvent abuser de ces interventions. Les informations doivent comprendre les détails des circonstances qui ont mené à la contrainte physique et à l'isolement, la durée et le traitement administré pour abréger la contrainte physique ou l'isolement.

Si possible, il doit y avoir une exigence législative pour informer immédiatement les familles et/ou représentants personnels des malades lorsque les patients sont soumis à des procédures d'isolement non volontaire ou de contrainte physique.

Isolement et contrainte physique: les points essentiels

- La contrainte physique ou l'isolement du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées du service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui.
- L'isolement et la contrainte physique ne doivent être utilisés que le temps strictement nécessaire à cet effet (quelques minutes ou heures).
- Une période d'isolement et de contrainte physique ne doit pas être suivie immédiatement par une autre.
- Il faut un contact actif et personnel constant avec la personne soumise à l'isolement ou à la contrainte physique, ce qui va au-delà du suivi passif.
- La législation doit interdire l'usage de l'isolement et de la contrainte physique comme punition ou pour le confort du personnel.
- La législation doit également encourager le développement des infrastructures et des ressources afin que l'isolement et la contrainte physique ne soient pas utilisés à cause de ces lacunes.
- Procédure pour le recours exceptionnel à l'isolement et à la contrainte physique:
 - a) Ils doivent être autorisés par un médecin praticien de santé mentale accrédité;
 - b) Le service de santé mentale doit être accrédité comme disposant d'infrastructures suffisantes pour entreprendre de telles procédures sans risque;
 - c) Les raisons et la durée de l'isolement et de la contrainte physique, et le traitement administré pour assurer la fin rapide de ces procédures, doivent être consignés dans les dossiers cliniques des malades par le professionnel de santé mentale qui autorise ces procédures.
- Tous les épisodes d'isolement et de contrainte physique doivent être consignés dans un registre qui est accessible à un organe de révision.
- Les membres de famille et/ou les représentants personnels du malade peuvent avoir besoin d'être informés immédiatement quand les malades sont soumis à l'isolement ou à la contrainte physique.

12. Recherche clinique et expérimentale

ICCPR: Recherche clinique et expérimentale

Personne ne peut être soumise à la torture ou à un traitement ou une punition cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, personne ne peut être soumise sans son consentement libre à l'expérimentation médicale ou scientifique.

(Article 7, Convention internationale sur les droits civils et politiques (ICCPR))

L'article 7 de l'ICCPR (1966) interdit la recherche clinique et expérimentale sans consentement en connaissance de cause. Cet article est une partie importante de l'ICCPR et a été désigné comme l'une des dispositions non-dérogeables; il ne peut jamais être limité même dans les conditions d'urgence nationale. La Commission des droits de l'homme des Nations unies a déclaré clairement que "l'article 7 (de l'ICCPR) n'autorise aucune limite... aucune justification ou circonstances atténuantes ne peuvent être invoquées pour la violation de l'article 7 pour quelque raison que ce soit". L'article 7 interdit par conséquent la recherche sur des sujets qui n'ont pas la capacité de consentir.

En revanche, le Principe MI 11 déclare que "les essais cliniques et les traitements expérimentaux ne doivent jamais être menés sur un patient sans son consentement donné en connaissance de

cause, étant entendu cependant qu'un patient qui n'est pas capable de donner un tel consentement peut faire l'objet d'un essai clinique ou d'un traitement expérimental particulier mais uniquement après examen et approbation d'un organisme indépendant et compétent spécialement constitué à cette fin".

Les *Directives éthiques internationales pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains*, préparées par le Conseil des organisations internationales pour les sciences médicales (CIOMS, 2002), autorisent la recherche biomédicale avec le consentement par procuration ou le consentement d'un représentant dûment autorisé, sur des individus qui sont incapables de donner leur consentement en connaissance de cause. Lorsque le consentement en connaissance de cause ne peut être obtenu, un comité d'examen éthique doit approuver l'autorisation (Directive 4). La Directive 15 des directives du CIOMS (2002) définit spécifiquement les critères à remplir lorsqu'on mène la recherche sur des personnes atteintes de troubles mentaux (voir l'encadré ci-dessous).

Directives CIOMS: Recherche

Recherche impliquant des personnes qui en raison de troubles mentaux ou comportementaux ne sont pas en mesure de donner un consentement en pleine connaissance de cause

Avant d'entreprendre la recherche impliquant des personnes qui en raison de troubles mentaux ou comportementaux ne sont pas en mesure de donner un consentement en pleine connaissance de cause, l'investigateur doit s'assurer que:

- ces personnes ne seront pas sujettes à une recherche qui pourrait aussi bien être menée sur des personnes dont la capacité à donner un consentement en pleine connaissance de cause n'est pas affaiblie;
- le but de la recherche est d'obtenir des connaissances pertinentes pour les besoins de santé particuliers des personnes atteintes de troubles mentaux ou comportementaux;
- le consentement de chaque sujet a été obtenu dans la mesure des capacités de cette personne, et le refus d'un sujet potentiel à participer à la recherche est toujours respecté, à moins que, dans des circonstances exceptionnelles, il n'y ait pas d'alternative médicale raisonnable et la loi locale permet de passer outre à l'objection; et
- dans les cas où les sujets potentiels n'ont pas la capacité de consentir, l'autorisation est obtenue d'un membre de famille responsable ou d'un représentant légalement autorisé conformément à la loi applicable.

(Directive 15, Recherche impliquant des personnes souffrant de troubles mentaux ou comportementaux, Directives éthiques internationales pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains, 2002)

Les Principes MI et les Directives CIOMS autorisent donc la recherche sur des personnes qui n'ont pas la capacité de consentir si: i) la recherche est nécessaire pour promouvoir la santé de la population représentée; ii) cette recherche ne peut pas être faite sur des personnes qui ont la capacité de consentir; et iii) des garanties de procédure suffisantes sont suivies.

Il a été argué que bien que l'ICCPR soit juridiquement contraignante sur les gouvernements qui l'ont ratifiée, alors que les Directives CIOMS et les Principes MI ne le sont pas, dans certaines circonstances il pourrait être avantageux pour les personnes affectées par des pathologies particulières d'autoriser la recherche ou l'expérimentation sans consentement, lorsque le risque de dommage à la personne est minime; par exemple, les personnes atteintes de pathologies (actuelles ou susceptibles de survenir dans l'avenir) pour lesquelles tous ceux qui en sont affectés sont incapables, à cause de leur état, de donner leur consentement en connaissance de cause. Dans ces circonstances, la conséquence du fait de ne pas entreprendre de recherche avec ce groupe peut être la probabilité réduite de trouver des traitements ou des interventions susceptibles de guérir ou de prévenir la maladie.

Si les pays décident de légiférer en faveur de la recherche ou de l'expérimentation sur des personnes incapables de donner leur consentement en connaissance de cause, les directives CIOMS doivent être minutieusement suivies.

Recherche clinique et expérimentale: les points essentiels

- Le consentement en connaissance de cause pour la participation à la recherche clinique ou expérimentale doit être obtenu de tous les malades qui ont la capacité de consentir. Cette disposition s'applique tant aux malades volontaires qu'à ceux placés d'office.

Dans les pays où la recherche clinique et expérimentale est autorisée avec des malades incapables de donner leur consentement, la législation doit comprendre les garanties suivantes:

1. Quand les malades manquent de capacité à donner leur consentement en connaissance de cause, ils peuvent participer à la recherche clinique et expérimentale, à la condition que le consentement par procuration soit obtenu de tuteurs légalement nommés et/ou de membres de famille et/ou de représentants personnels, ou en obtenant le consentement d'un organe de révision indépendant spécifiquement constitué à cet effet.
2. La participation de malades qui n'ont pas la capacité de consentir, par l'obtention du consentement par procuration ou de l'autorisation d'un organe de révision indépendant, ne doit être envisagée que lorsque:
 - a) la recherche ne peut pas être menée sur des malades capables de donner leur consentement;
 - b) la recherche est nécessaire pour promouvoir la santé du malade individuel et de la population représentée;
 - c) des garanties de procédure suffisantes sont suivies.

13. Mécanismes de surveillance et de révision

La législation sur la santé mentale la plus moderne contient des garanties réglementaires qui prévoient la création d'organes de révision chargés de protéger les droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux. Ces organes rentrent dans deux catégories générales: i) surveillance et révision des processus concernant les personnes qui sont placées/traitées d'office; et ii) surveillance et examen du bien-être des personnes atteintes de troubles mentaux, à l'intérieur et à l'extérieur des établissements de santé mentale. La première fonction est une fonction judiciaire ou quasi-judiciaire. La deuxième, bien qu'elle puisse être prévue dans la législation, et les sanctions pour sa violation appliquées dans certains cas, ne fonctionne pas comme une "cour" qui peut imposer des restrictions sur la liberté des individus ou décider que les malades placés d'office doivent être libérés, par exemple. Dans beaucoup de pays, ces deux organes sont complètement indépendants l'un de l'autre, ont des membres ayant des compétences différentes et ont des pouvoirs et fonctions uniques; cependant, dans d'autres pays un organe peut être constitué pour remplir la gamme complète des fonctions.

Qu'un ou deux organes soient constitués, ce qui compte c'est l'indépendance. Tous les organes de révision doivent prendre leurs décisions purement sur la base des mérites de la situation qui leur est soumise, et ne doivent pas être influencés par les pressions politiques ou administratives ou par les prestataires de services de santé.

La législation doit définir la composition, les pouvoirs et les ressources de ces organes autorisés. Il est également nécessaire de décider s'il faut avoir un organe ayant une compétence nationale ou plusieurs organes de révision qui fonctionnent aux niveaux local, de district ou régional sur la base des limites administratives existantes.

13.1 Surveillance judiciaire ou quasi-judiciaire du placement/ traitement non volontaire et d'autres restrictions de droits

La plupart des pays emploient une autorité indépendante telle qu'un organe de révision, un tribunal ou une cour pour approuver le placement et le traitement non volontaires sur la base de l'expertise médicale/psychiatrique/professionnelle. C'est une fonction importante dans la mesure où, bien que ce soit le professionnel de santé accrédité qui fait l'examen qui décide si une personne remplit les critères pour le placement/le traitement non volontaire, c'est généralement la prérogative d'une autorité judiciaire ou quasi-judiciaire de statuer si les personnes peuvent être placées/traitées d'office. Dans beaucoup de juridictions, les tribunaux

sont l'option préférée pour remplir cette fonction à cause de leur facilité d'accès et de leur statut juridique non équivoque. Cependant, la position des tribunaux dans plusieurs pays a été contestée, puisque certains sont simplement devenus une "caisse de résonance" de la décision médicale. Les juges ou magistrats prennent souvent leurs décisions en l'absence du malade, de leur représentant ou de témoins, et confirment la recommandation médicale sans appliquer au processus la pensée et l'analyse indépendantes.

Une alternative à la procédure judiciaire est la création d'un organe indépendant et impartial semblable à une cour exerçant la fonction judiciaire. Un tel organe est créé par voie législative pour statuer sur des questions relevant de sa compétence et prendre des décisions contraignantes sur ces questions. Le fait qu'il soit spécifiquement créé à cette fin, et composé de membres spécialement sélectionnés justifiant de l'expertise requise, fait de lui, croit-on dans certains pays, un organe plus compétent pour le but recherché qu'une cour.

Les fonctions exactes de cette instance judiciaire ou quasi-judiciaire en ce qui concerne le placement et le traitement non volontaires peuvent varier d'un pays à l'autre et, dans certaines juridictions, compléter plutôt que remplacer le rôle de la cour. Cependant, les rôles suivants sont importants pour cet organe:

Évaluer chaque placement/traitement non volontaire – Beaucoup de cadres législatifs sont catégoriques sur le fait que chaque cas de personne recommandée pour placement/traitement non volontaire doit se présenter devant l'organe de révision. Les personnes intéressées doivent être représentées par un conseil juridique et doivent avoir l'occasion de dire leur position. Ils peuvent, tout comme les autorités qui sollicitent le placement/le traitement non volontaire, faire appel à des témoins comme exigé. L'organe de révision a le pouvoir d'approuver ou de rejeter, après examen minutieux, tout internement/traitement non volontaire.

Il a été argué que dans un pays moins doté en ressources, il peut ne pas être possible que l'organe de révision examine chaque cas en personne, et qu'une "révision sur dossier" peut être menée pour certains des cas les plus simples. Cependant, l'organe de révision effectue des auditions sur tous les cas plus litigieux, ou lorsqu'il y a une raison particulière de tenir une audition complète.

Recevoir les appels contre le placement d'office et/ou le traitement non volontaire de malades, de familles et/ou de représentants personnels. Même dans les pays moins dotés en ressources, tous les malades doivent être informés de leur droit de faire appel comme un droit humain de base, et tous les appels doivent être entendus dans des délais raisonnables (voir l'annexe 8 pour un exemple de formulaire d'appel). L'organe de révision doit avoir le droit d'annuler les décisions de placement et de traitement non volontaires qui lui sont soumises en appel.

Examiner les cas de malades placés d'office (et de malades volontaires de longue durée) à des intervalles périodiques pour s'assurer que les malades ne sont pas retenus à l'hôpital pour plus longtemps qu'il n'est nécessaire pour leur protection et traitement. Les organes de révision doivent également avoir le pouvoir de libérer un malade s'ils estiment que le malade est retenu à tort.

Suivre régulièrement les malades qui reçoivent des traitements contre leur volonté. Sauf dans les situations d'urgence, l'organe de révision doit mettre en œuvre une procédure pour autoriser ou rejeter le traitement prolongé d'office de malades sans leur consentement. L'organe de révision doit également contrôler le traitement non volontaire administré en milieu communautaire (par exemple, la supervision communautaire et les injonctions de traitement).

Autoriser ou interdire les traitements irréversibles et portant atteinte à l'intégrité du patient tels que tous les cas de psychochirurgie et de traitement par électrochocs (ECT). Bien que ces traitements doivent être entrepris à titre volontaire, un organe de révision peut néanmoins protéger les malades de traitements inutiles, en les approuvant ou en les interdisant après mûre réflexion.

Lorsque les juridictions comprennent des malades non-protestants, l'organe de révision doit également remplir la plupart des fonctions susmentionnées avec ce groupe de malades.

Les appels contre les décisions d'un organe de révision doivent être autorisés à être entendus directement devant les tribunaux.

13.1.1 Composition

Les pays détermineront la composition et le nombre de représentants de l'organe quasi-judiciaire sur la base des fonctions qui lui sont assignées et de la disponibilité de ressources humaines et financières. Néanmoins, étant donné les considérations juridiques et sanitaires qu'un organe quasi-judiciaire doit aborder, il est probablement souhaitable qu'au moins un juriste et un professionnel de santé expérimentés soient nommés. En outre, il peut être nécessaire d'avoir comme représentant au moins une personne "non-professionnelle" pour refléter la perspective "de la société". Vu la gravité des décisions que l'organe prendra, il faudrait faire appel à des personnes respectées et "sages".

Exemple: Composition de l'organe de révision

En Nouvelle Galles du Sud (Australie), les membres du Tribunal de révision de santé mentale doivent être nommés parmi les:

- a) avocats et notaires;
- b) psychiatres;
- c) **personnes ayant, de l'avis du Gouverneur, d'autres qualifications ou une expérience convenables, y compris au moins une personne sélectionnée dans un groupe de personnes nommées par les organisations de consommateurs.**

(Loi sur la santé mentale de Nouvelle Galles du Sud, 1990)

13.2 Organe de surveillance et de réglementation

Un certain nombre de tâches de surveillance et de réglementation sont requises pour promouvoir les droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux, notamment :

Effectuer des inspections régulières des établissements de santé mentale – L'organe indépendant peut effectuer des inspections régulières de tous les établissements de santé mentale à des intervalles périodiques, mener des visites supplémentaires, si nécessaires, sans préavis (quelquefois appelé comité de visite). Pendant ces visites, il doit avoir un accès sans restriction à toutes les parties du service de santé et aux dossiers médicaux des malades ainsi que le droit d'interroger en privé tout malade de l'établissement. Pendant ces visites, les représentants doivent inspecter la qualité des installations d'habitation ainsi que la documentation des registres médicaux, et aussi interroger personnellement les malades volontaires ainsi que ceux placés d'office dans l'établissement. Ces visites fournissent à l'organe de révision et à ses représentants les moyens nécessaires pour s'assurer que les personnes dans l'établissement reçoivent le traitement et les soins dont ils ont besoin, que leurs droits humains ne sont pas violés, et que les établissements de santé mentale mettent en oeuvre les garanties contenues dans la législation sur la santé mentale. La législation doit définir les procédures à suivre et les sanctions si des violations sont constatées.

Recevoir et examiner périodiquement des copies des rapports d'incidents inhabituels et des registres de décès des établissements de santé mentale pour permettre l'examen des pratiques institutionnelles.

Donner des conseils sur la réduction au minimum des traitements portant sur l'intégrité du malade, tels que l'isolement et la contrainte physique. L'organe de révision doit fixer des directives pour autoriser ces procédures et s'assurer qu'elles sont suivies. Cette protection doit être disponible tant pour les malades placés d'office que pour les malades volontaires.

Dresser des statistiques, par exemple, sur le pourcentage de malades placés et traités contre leur volonté, la durée du placement et du traitement non volontaires, l'usage de traitements irréversibles et portant atteinte à l'intégrité du patient, l'isolement et la contrainte physique, la morbidité physique (surtout les épidémies qui pourraient être le signe de mauvaises conditions hygiéniques ou alimentaires dans l'établissement), le suicide et les décès naturels ou accidentels.

Entretenir des registres de services et de professionnels accrédités pour le placement et le traitement des personnes atteintes de troubles mentaux, et définir et appliquer les normes minimales nécessaires pour cette accréditation.

Rendre compte directement au(x) ministre(s) approprié(s) chargé(s) de la législation sur la santé mentale.

Faire des recommandations au(x) ministre(s) sur les améliorations requises, par voie d'amendement de la législation ou du code de pratique.

Publier régulièrement les conclusions comme prévu par la législation.

13.2.1 Composition

Pour conférer une protection efficace, une composition minimum peut comprendre des professionnels (par exemple en santé mentale, des domaines juridique et social), des représentants des usagers de services de santé mentale, des membres représentant des familles de personnes ayant des problèmes mentaux, des avocats et des non-professionnels. Dans certains pays, il peut être également approprié pour les autorités religieuses de figurer dans la représentation. Les femmes et les minorités doivent être suffisamment représentées. Le nombre de personnes qui siègent dans l'organe de surveillance et de réglementation, et l'étendue de la représentation, dépendront pour une grande part des ressources disponibles. Dans l'approche combinée, il faut prévoir une représentation suffisante des organes quasi-judiciaires et de surveillance et réglementation.

13.2.2 Pouvoirs supplémentaires

L'organe ou les organes de révision pour la santé mentale doivent avoir des pouvoirs réglementaires en vue de faire appliquer les dispositions de la législation sur la santé mentale. En plus de ceux décrits ci-dessus, ces pouvoirs peuvent comprendre:

- l'octroi d'accréditation aux professionnels et aux services de santé mentale (bien que l'accréditation professionnelle puisse être de la compétence des conseils professionnels réglementaires);
- le pouvoir de retirer l'accréditation à des services et à des professionnels pour non-respect de la législation;
- le pouvoir d'imposer des sanctions administratives et financières pour violation des normes législatives; et
- le pouvoir de fermer des établissements qui violent avec persistance des droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux.

13.3 Plaintes et recours

Les malades ainsi que leurs membres de famille et représentants personnels doivent avoir le droit de se plaindre sur n'importe quel aspect des soins et du traitement que fournissent les services de santé mentale.

Pour garantir la protection des droits des usagers, tout en étant en même temps juste vis-à-vis des prestataires de services, une procédure pour les plaintes doit reposer sur un ensemble de principes directeurs. Ceux-ci peuvent différer d'une situation à la suivante, mais certaines des valeurs les plus importantes sont les suivantes:

- consultation avec une ouverture et une transparence accrues
- amélioration de la qualité
- impartialité
- accessibilité
- promptitude et sensibilité
- politesse
- responsabilité
- confidentialité
- sensibilisation indépendante
- soins et traitement attentionnés
- processus transparent.

La législation doit définir la procédure de soumission, d'enquête et de résolution des litiges. Une procédure de litiges efficace doit être écrite dans un langage simple et visiblement affichée afin que les usagers des soins de santé mentale ou leurs familles soient informés de sa pertinence, de son applicabilité, du lieu et de la manière de déposer une plainte. La procédure doit définir les délais dans lesquels un événement peut faire l'objet d'une plainte, et fixer le délai maximal au bout duquel la plainte doit être entendue, par qui et comment. Dans le cas où un usager n'est pas satisfait du résultat d'un grief, la procédure de plaintes doit également préciser le niveau supérieur auquel le litige peut être référé. Idéalement, la plainte initiale doit être présentée au service de santé, et si elle n'est pas résolue, à l'organe de surveillance.

Il peut être approprié de nommer un médiateur ayant autorité pour recevoir les plaintes contre les services de santé mentale et enquêter sur elles. Si elle est nommée, cette personne doit transmettre un rapport de ses enquêtes, accompagné de recommandations, à l'organe de surveillance pour action appropriée, et sanctions si nécessaire. L'organe de révision doit mettre en place une procédure pour prévenir des représailles contre les malades qui déposent des plaintes.

13.4 Garanties de procédure

Les malades doivent avoir le droit de choisir et de nommer un représentant personnel et/ou un conseil juridique pour les représenter dans toutes les procédures d'appel ou de plainte. Les malades doivent également avoir accès aux services d'un interprète si nécessaire. L'État doit payer les services de ce conseil et/ou interprète pour les malades qui n'ont pas les moyens financiers pour le faire.

Les malades (et leur conseil) doivent avoir le droit d'accéder à des copies de leurs dossiers médicaux et de tous autres rapports et documents pertinents pendant la procédure de plainte ou d'appel. Ils doivent également avoir le droit de demander et de produire un rapport de santé mentale indépendant et tout autre rapport pertinent, oral, écrit ou d'autres preuves pendant la procédure de plainte ou d'appel. En outre, les malades et leur conseil doivent avoir le droit de demander qu'une personne particulière soit présente pendant la procédure de plainte ou d'appel, si cette présence est jugée pertinente et nécessaire.

Les malades et leur conseil doivent avoir le droit d'assister et de participer à toutes les auditions de plainte et d'appel. Les décisions consécutives aux auditions doivent être exprimées par écrit et des copies remises aux malades et à leur conseil. Lorsqu'on rend public les décisions des

auditions de plainte et d'appel, il faut veiller à respecter la vie privée des patients et des autres personnes, et garder à l'esprit la nécessité de prévenir un dommage grave au patient ou à autrui. En outre, les malades et leur conseil doivent avoir droit à la révision judiciaire de ces décisions.

Organe de révision: les points essentiels

Un organe (ou des organes) de révision indépendant doit être créé pour protéger les droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux. Les pays peuvent avoir des organes séparés qui statuent sur les questions quasi-judiciaires et d'autres questions réglementaires et de surveillance, ou une structure combinée.

- Les fonctions de l'organe quasi-judiciaire en ce qui concerne le placement/ traitement non volontaire ou d'autres malades placés ou recevant le traitement sans consentement doivent comprendre l'évaluation de chaque placement/traitement non volontaire, l'audition des appels, l'examen des cas de malades placés d'office à intervalles périodiques, le suivi régulier des malades qui reçoivent des traitements contre leur volonté, et l'autorisation ou l'interdiction des cas de traitements volontaires portant sur l'intégralité du malade et irréversibles.
- Les fonctions d'un organe de réglementation et de surveillance peut comprendre la conduite d'inspections régulières des établissements de santé mentale; le suivi régulier de l'assistance sociale et du bien-être des malades; la fourniture de conseil sur la minimisation des traitements portant sur l'intégralité du malade; l'entretien de registres et de statistiques; l'entretien des registres des services et des professionnels accrédités; la publication de rapports; et la présentation de recommandations directement au ministre pertinent au sujet de leurs conclusions.
- La composition des organes de révision dépendra des fonctions assignées et du choix de deux organes séparés ou d'un seul. Un organe quasi-judiciaire peut être composé au moins d'un juriste et d'un praticien de santé ainsi que d'un représentant approprié de la communauté. Un organe de réglementation et d'approbation peut comprendre des professionnels (en santé mentale, des domaines juridique et social), des représentants des usagers de services de santé mentale, des membres représentant les familles des personnes ayant des problèmes mentaux, des avocats et des non-professionnels.
- L'organe de révision de la santé mentale dispose de pouvoirs réglementaires pour appliquer les dispositions de la législation sur la santé mentale.
- Les appels contre les décisions d'un organe de révision doivent pouvoir être faits directement devant les tribunaux.
- Les malades ainsi que leurs membres de famille, représentants personnels et avocats doivent avoir le droit de porter plainte auprès de l'organe de révision sur tout aspect des soins et du traitement que fournissent les services de santé mentale.
- La législation doit définir la procédure de soumission, d'enquête et de résolution des litiges.
- Les malades doivent avoir le droit de choisir et de nommer un représentant personnel et/ou un conseil juridique pour les représenter dans toute procédure d'appel ou de plainte. Ils doivent également avoir le droit d'accéder à des copies de leurs dossiers et d'assister et participer aux auditions.

14. Responsabilités de la police vis-à-vis des personnes atteintes de troubles mentaux

La législation peut aider la police à assurer un rôle constructif et utile pour les personnes atteintes de troubles mentaux.

14.1 Pouvoirs de la police

La police a pour responsabilité fondamentale de maintenir l'ordre public. En même temps, elle a pour devoir de protéger et de faire respecter les droits des personnes qui sont vulnérables à cause de troubles mentaux, et d'agir d'une manière attentionnée et compatissante. La législation demande souvent à la police d'intervenir dans des situations où le comportement des personnes atteintes de troubles mentaux représente un danger pour elles-mêmes ou pour le public. Parmi les exemples de ces situations figurent les cas suivants:

- Pénétrer dans des locaux privés, arrêter une personne et emmener cette personne à un lieu sûr quand il y a des indices raisonnables laissant à penser que cette personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui. Dans ce cas, la police doit obtenir un mandat d'amener avant d'entrer dans les locaux. Dans une urgence, lorsque la santé et la sécurité de l'individu et/ou de ceux qui l'entourent sont à risque à moins de prendre une action immédiate, la législation peut prévoir une disposition en vertu de laquelle la police peut agir sans mandat d'amener.
- Emmener une personne pour placement d'office dans un service de santé mentale désigné. Par exemple, pour le cas d'une personne qui doit être emmenée dans un service de santé mentale suite à la décision, par un professionnel de santé mentale dans une salle des urgences de l'hôpital, qu'elle doit être placée d'office. Un autre exemple est une personne sous liberté conditionnelle qui ne respecte pas les conditions de la liberté et qu'il faut donc ramener au service de santé mentale.
- Ramener un malade non volontaire absent sans permission d'un service de santé mentale à ce service de santé.

14.2 Répondre aux appels pour assistance

Dans les situations d'urgence, il arrive que les membres de famille ou les prestataires de soins assistent et/ou se retrouvent confrontés à un comportement hautement agressif ou incontrôlé. La législation doit leur donner la possibilité d'alerter la police afin que celle-ci puisse intervenir si nécessaire. Dans une telle situation, la police doit avoir la discrétion de décider s'il y a ou non danger immédiat et imminent, et si la personne agit de cette manière à cause de troubles mentaux. Dans cette situation, la police ou le personnel d'urgence doit également avoir un accès rapide à un service professionnel de santé mentale pour avis.

Les professionnels de santé ou d'autres professionnels travaillant dans les services de santé peuvent également avoir besoin de l'assistance de la police dans certaines circonstances. Dans ces situations, la police n'aura pas la discrétion d'évaluer si la personne est ou non atteinte de troubles mentaux.

14.3 Protection des personnes atteintes de troubles mentaux

La législation peut imposer des restrictions aux activités de la police en vue de prévenir l'arrestation et la détention illégales des personnes atteintes de troubles mentaux. Ces restrictions sont les suivantes:

14.3.1 Lieu sûr

Si une personne est arrêtée par la police pour avoir troublé l'ordre public par des actions qui seraient liées à la santé mentale de cette personne, les pouvoirs de la police peuvent se limiter à emmener la personne à un lieu sûr pour une évaluation de l'état de cette personne par un praticien de santé mentale qualifié. Cependant, si la personne est un malade psychiatrique

connu et ne semble pas avoir besoin de traitement et de soins, la police peut simplement ramener la personne chez elle.

Un "lieu sûr" pourrait comprendre un service de santé mentale désigné, un lieu privé (ex. : le bureau d'un psychiatre) ou un autre endroit sûr. La police n'a pas autorité légale pour détenir la personne dans un établissement pénitentiaire (ou de la garder à vue) dans ces circonstances. Cependant, s'il est impossible de conduire immédiatement la personne à un lieu sûr, comme ce peut être le cas dans certains pays en développement, la législation doit fixer une courte période de temps pendant laquelle la police peut retenir une personne suspectée d'avoir des troubles mentaux. Une fois que la police a emmené la personne à un lieu sûr pour évaluation, la personne n'est plus considérée comme étant sous garde à vue et ne peut être détenue par la suite. Des problèmes peuvent se produire avec ce type de pouvoirs de la police si le lieu sûr ne peut pas (ou ne veut pas) accepter la personne pour évaluation (par exemple parce que le lieu sûr n'a pas de personnel approprié disponible pour mener l'évaluation ou n'a pas de chambre pour la personne). Manifestement, ces situations indiquent la nécessité pour le secteur de la santé de fournir des ressources suffisantes aux services de santé mentale (voir le chapitre 2, sous-section 4.1).

Si une personne a été arrêtée pour un acte passible de sanction pénale, et la police a un soupçon raisonnable que la personne souffre de troubles mentaux, cette personne doit être emmenée à un lieu sûr pour évaluation par un professionnel de santé mentale. Dans les situations où une personne représente un danger pour elle-même ou autrui, elle doit être emmenée dans un service de santé mentale sûr pour évaluation. Après l'évaluation, s'il n'est pas conclu à des troubles mentaux, la police a le pouvoir de remettre la personne en détention ou en garde à vue, le cas échéant.

14.3.2 Options de traitement

Après l'évaluation de santé mentale, s'il est conclu que la personne a besoin de traitement, elle doit se voir offrir l'opportunité de s'inscrire dans un programme (comme malade placé ou malade en consultation externe, selon le cas approprié). Les implications de son état et les avantages et inconvénients des différentes options de traitement doivent être expliqués au malade. Si la personne refuse le placement/traitement, elle doit être libérée, à moins que les critères pour le placement/ traitement non volontaire (décrits ci-dessus) soient remplis – auquel cas les processus pertinents doivent être suivis. Qu'une personne ait été amenée par la police, un membre de famille ou quelqu'un d'autre, les procédures réglementaires pour le placement et le traitement non volontaires doivent être appliquées (voir la sous-section 8.3 ci-dessus).

14.3.3 Période de détention

La période de détention d'une personne pour évaluation ne doit pas être excessive. La législation peut définir des procédures nécessitant une évaluation dans un délai précis (ex.: 24–72 heures). Si l'évaluation n'a pas eu lieu à la fin de cette période, la personne doit être libérée.

14.3.4 Notification rapide

La police doit informer rapidement les personnes sous sa garde des raisons pour lesquelles elles sont détenues et de ce qui leur arrivera, avant de les envoyer pour évaluation. Dans certaines circonstances, un membre de famille ou un autre représentant désigné peut également être notifié de la détention, avec le consentement du détenu.

14.3.5 Examen des dossiers

Les dossiers mentionnant tous les incidents dans lesquels une personne a été retenue sur soupçon de troubles mentaux peuvent être transmis à un organe de révision ou une autorité de suivi indépendante (voir la section 13 ci-dessus).

Responsabilités et devoirs de la police: les points essentiels

Il y a plusieurs situations dans lesquelles la police peut être amenée à intervenir auprès de personnes atteintes de troubles mentaux et de services de santé mentale. Dans chaque cas, la police a le devoir de respecter et de protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux, et d'agir d'une manière attentionnée et compatissante.

- a) *Dans les lieux publics* – Si la police est raisonnablement fondée à suspecter des troubles mentaux chez une personne arrêtée pour avoir troublé l'ordre public, la loi peut faire obligation à la police de conduire cette personne en lieu sûr pour évaluation par un professionnel de santé mentale. L'évaluation doit être effectuée promptement (ex. : dans les 24–72 heures suivant la détention initiale).
- b) *Dans des locaux privés* – La police doit obtenir un mandat d'amener émis par un tribunal pour pouvoir pénétrer dans des locaux privés et arrêter une personne souffrant de troubles mentaux et susceptible de causer des dommages considérables à elle-même et à autrui. Un membre de famille ou une autorité indépendante telle qu'un assistant social peut demander un mandat de la cour. Les personnes détenues ainsi doivent être emmenées immédiatement à un lieu sûr pour évaluation par un professionnel de santé mentale. L'évaluation doit être effectuée promptement (ex. : dans les 24–72 heures suivant la détention initiale). La police peut se trouver dans l'obligation d'ignorer l'exigence de mandat dans des circonstances très urgentes, quand il y a danger imminent et que l'action immédiate de la police est nécessaire.
- c) *Les personnes arrêtées pour des actes passibles de sanctions pénales et en garde à vue* – Si la police est raisonnablement fondée à suspecter des troubles mentaux chez une personne arrêtée pour avoir troublé l'ordre public, la loi peut faire obligation à la police de conduire cette personne en lieu sûr pour évaluation par un professionnel de santé mentale. Dans ce cas, la police conserve le pouvoir de détenir cette personne après son transfert vers un lieu sûr.
- d) *Les personnes placées d'office dans un service de santé mentale* – La police a le devoir de conduire à un service de santé mentale désigné toute personne qui a été admise d'office dans un établissement de santé mentale en application des clauses de sauvegarde des libertés individuelles. Cela s'applique, par exemple, à une personne dont l'évaluation par un professionnel de santé mentale conclut au placement d'office dans une salle des urgences d'un hôpital, ou à une personne qui doit être placée d'office dans un service de santé mentale pour non-respect des exigences de la liberté conditionnelle.
- e) *Les personnes placées d'office qui sont absentes sans permission d'un service de santé mentale* – La police a le devoir de retrouver ces personnes et de les ramener au service de santé mentale d'où elles sont parties sans autorisation.

15. Dispositions législatives relatives aux délinquants malades mentaux

Les dispositions législatives concernant les délinquants malades mentaux sont un domaine très complexe qui couvre la justice pénale et les systèmes médico-légaux portant sur la santé mentale. La politique et la pratique varient considérablement selon les pays, et la médecine légale portant sur la santé mentale fait souvent partie du code pénal (ou procédure pénale) plutôt que de la loi sur la santé mentale.

Le système judiciaire pénal est chargé de protéger le public, de punir les délinquants et d'administrer la loi d'une manière équitable et juste. La police, les procureurs et les tribunaux

doivent agir de manière à protéger les droits, non seulement des victimes d'infractions, mais également des populations particulièrement vulnérables, y compris les personnes atteintes de troubles mentaux. Un but important du système judiciaire pénal doit être de veiller à ce que les personnes atteintes de troubles mentaux ne soient pas injustement gardées à vue ou incarcérées dans une prison. Pour l'instant, ce but n'est pas souvent atteint. Beaucoup trop de personnes atteintes de troubles mentaux sont poursuivies et emprisonnées, souvent pour des infractions relativement mineures. L'inquiétude grandit dans le monde au sujet des personnes atteintes de troubles mentaux qui sont incarcérées dans les prisons, au lieu d'être prises en charge dans les établissements de santé mentale. Dans certains pays, il y a autant d'individus atteints de schizophrénie dans les prisons qu'il y en a dans tous les hôpitaux (Torrey, 1995).

Le nombre important de personnes atteintes de troubles mentaux incarcérées dans les prisons est un sous-produit, entre autres choses, de l'indisponibilité ou de la disponibilité réduite de services publics de santé mentale, de l'application de lois qui criminalisent le comportement qui nuit à autrui, de la fausse idée répandue que toutes les personnes atteintes de troubles mentaux sont dangereuses, et de l'intolérance par la société de comportements difficiles ou inquiétants. En outre, certains pays manquent de traditions légales qui encouragent le traitement (par opposition à la punition) des délinquants atteints de troubles mentaux.

Les prisons ne sont pas le bon endroit pour les personnes qui ont besoin de traitement de santé mentale, puisque le système judiciaire pénal favorise la dissuasion et la punition plutôt que le traitement et les soins. Lorsque les établissements correctionnels veulent bien choisir la réadaptation, ils sont souvent mal équipés pour aider les personnes atteintes de troubles mentaux. Malheureusement, les prisons sont devenues des hôpitaux psychiatriques de fait dans plusieurs pays. Les prisonniers atteints de troubles mentaux graves sont souvent persécutés, intentionnellement ou involontairement.

La législation sur la santé mentale peut contribuer à prévenir et renverser cette tendance en réorientant les personnes atteintes de troubles mentaux du système judiciaire pénal vers le système des soins de santé mentale. La législation doit permettre cette diversion à toutes les étapes des débats pénaux – à partir du moment où une personne est arrêtée pour la première fois et détenue par la police, tout au long des enquêtes et débats pénaux, et même après que la personne a commencé à purger une peine pour infraction pénale.

La législation peut jouer un rôle important à plusieurs étapes des débats pénaux. Comme mentionné plus haut (section 14 ci-dessus), lorsque des personnes suspectées d'avoir des troubles mentaux commettent des "infractions" mineures telles que le trouble de l'ordre public, il est préférable que la police conduise immédiatement ces personnes à des centres de traitement plutôt que de les soumettre à des poursuites judiciaires.

Les lois régissant les délinquants malades mentaux – qui font souvent partie des procédures pénales plutôt que de la législation sur la santé mentale – varient considérablement selon les pays. La section ci-dessous doit donc être lue en étroite conjonction avec les procédures judiciaires existantes dans un pays, et être adaptée et adoptée en conséquence. Cependant, ce qui ne varie jamais c'est le principe selon lequel les personnes atteintes de troubles mentaux doivent être dans des établissements appropriés où un traitement convenable est disponible.

Les étapes suivantes sont les différentes "étapes" auxquelles une personne arrêtée peut être réorientée vers le placement et le traitement pour la santé mentale telles qu'elles apparaissent dans différents textes législatifs.

- Étape pré-procès
- Étape du procès
- Étape post-procès (condamnation)
- Étape post-condamnation (peine purgée en prison)

Comme mentionné, toutes ces étapes n'existent pas dans tous les pays et il y a des variations. Les pays doivent adopter ce qui est le plus approprié à leur situation.

15.1 Etapes précédant le procès dans le système judiciaire pénal

15.1.1 Décision d'intenter des poursuites judiciaires

Dans la plupart des pays, c'est la police et/ou les procureurs qui décident de poursuivre une personne pour une infraction particulière. La législation ou les règlements administratifs peuvent préciser les critères permettant de décider s'il est approprié de poursuivre une personne atteinte de troubles mentaux – ou dans quelles circonstances – ou de l'orienter vers le système de santé mentale. Ces critères doivent créer la présomption contre la poursuite et en faveur du traitement. Les facteurs suivants doivent être pris en considération:

- la gravité de l'infraction;
- si la personne a été précédemment sous traitement psychiatrique, et pendant combien de temps; par exemple, si une personne a des troubles mentaux guérissables, les procureurs peuvent décider que la poursuite du traitement est préférable à des poursuites judiciaires;
- l'état mental de la personne au moment de l'infraction;
- l'état mental actuel de la personne;
- la probabilité de dommage à la santé mentale de la personne par suite des poursuites;
- l'intérêt de la société à intenter des poursuites (c.-à-d. le risque posé par la personne à la société).

En renonçant à la poursuite en faveur d'un traitement volontaire pour les personnes atteintes de troubles mentaux qui ne constituent pas un risque grave pour la sécurité publique, la police et les procureurs peuvent être utiles à l'individu et à la société. Les personnes atteintes de troubles mentaux ne seront pas soumises à une stigmatisation inutile, et ils pourront commencer immédiatement le traitement nécessaire au lieu d'être piégés dans le système judiciaire pénal.

15.2 Étape du procès dans le système judiciaire pénal

Une fois que la décision d'intenter des poursuites pénales est prise, deux processus s'appliquent à une personne atteinte de troubles mentaux. Le premier est de déterminer si la personne est inapte à passer en jugement et le deuxième de savoir si la personne peut être tenue pour pénalement responsable de ses actions au moment de la commission de l'infraction. Dans certains cas il peut y avoir chevauchement, au sens que la personne qui a souffert de troubles mentaux au moment de l'infraction demeure dans cet état jusqu'au moment du procès.

15.2.1 Aptitude à passer en jugement

La loi dans la plupart des pays exige qu'une personne soit physiquement et mentalement apte à passer en jugement. Généralement, l'aptitude mentale est mesurée en déterminant si la personne est capable de i) comprendre la nature et l'objet des poursuites judiciaires; ii) comprendre les conséquences possibles des débats; et iii) communiquer efficacement avec le conseil juridique.

Si la décision est prise de poursuivre une personne, et il y a des indices raisonnables permettant de suspecter que l'accusé souffre de troubles mentaux, la cour doit demander une évaluation de santé mentale par un professionnel de santé mentale qualifié, mais pas toujours un psychiatre. Cette évaluation a souvent lieu avant le début du procès, mais elle peut intervenir à n'importe quel point pendant le procès. De préférence, l'évaluation doit avoir lieu dans un service de santé mentale désigné ou un autre lieu sûr conformément à l'injonction du tribunal. La durée maximale de l'observation psychiatrique doit être spécifiée, afin de s'assurer que la personne n'est pas détenue inutilement et que le procès n'est pas déraisonnablement différé. Plusieurs pays fixent une limite de 30 jours. Si une personne est trouvée par la suite inapte à passer en jugement en raison de troubles mentaux graves, les débats pénaux ne peuvent pas commencer tant que la personne n'a pas recouvré son aptitude. Dans ces cas, la loi doit habiliter la cour à

transférer la personne dans un service de santé mentale pour traitement. En outre, cette personne doit avoir le droit de faire appel contre tout emprisonnement prolongé.

Pour les infractions mineures, la cour peut renvoyer ou surseoir aux charges pénales pendant que la personne achève le traitement en placement ou en consultation externe. Par exemple, le renvoi ou la suspension des charges pénales seraient désirables si l'accusé a manifestement besoin de traitement en raison de troubles mentaux graves, et ne représente pas de danger pour soi-même ou autrui. Quand l'infraction est grave et/ou l'accusé représente un danger pour soi-même ou autrui, la cour peut ordonner le placement pour traitement dans un service de santé mentale désigné.

Des garanties doivent être prévues pour protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux afin qu'elles ne languissent pas dans les établissements de santé mentale pendant plus longtemps qu'il n'est nécessaire. La législation doit prévoir des dispositions pour la révision régulière du placement de l'individu par la cour, par exemple en demandant un rapport psychiatrique régulier. En outre, toutes les personnes accusées d'infractions pénales qui sont détenues dans un service de santé mentale en attendant leur procès ont les mêmes droits, procédures et garanties que les personnes qui ont été admises d'office. En conséquence, elles doivent avoir également le droit de solliciter la révision judiciaire de leur détention par un organe de révision indépendant tel qu'un tribunal ou une cour.

15.2.2 Défense de la responsabilité pénale (troubles mentaux au moment de l'infraction)

La plupart des pays dans le monde ont une législation pour la détermination du niveau de responsabilité pénale imputable à une personne accusée. Cette législation déclare que l'état mental de l'accusé au moment de l'infraction a un impact considérable sur la question de savoir si l'accusé sera tenu pénalement responsable.

Une cour peut conclure que l'accusé n'aurait pas pu satisfaire aux exigences permettant d'établir un esprit coupable (*mens rea*), si l'accusé peut démontrer que:

1. ses facultés mentales ont été affaiblies en raison de troubles mentaux au moment de l'infraction; et
2. ces troubles étaient suffisamment graves pour rendre la personne partiellement ou totalement incapable de satisfaire aux éléments requis pour établir la responsabilité pénale.

La législation doit stipuler que les personnes qui n'avaient pas une capacité suffisante au moment de l'infraction soient admises dans un établissement approprié. Cette approche appuie le but visant à favoriser les options de traitement plutôt que la punition pour les délinquants ayant besoin de soins de santé mentale.

Dans ces circonstances, les tribunaux peuvent conclure que l'accusé "n'est pas responsable pour cause d'incapacité mentale" (NRDMD)¹. Ce concept est connu dans beaucoup de pays sous une terminologie variable. La législation peut définir les critères nécessaires pour obtenir un verdict NRDMD². Un tel verdict devrait s'appliquer à toute personne atteinte de troubles mentaux suffisamment graves pour affaiblir son raisonnement, sa compréhension ou sa maîtrise de soi au moment de la commission de l'infraction. Dans le cas d'un tel verdict, la cour peut décider de

¹ Le terme NRDMD est analogue à d'autres termes tel que "innocent pour cause d'aliénation mentale" (NGRI) utilisés dans certains pays, et dans une moindre mesure "coupable mais reconnu aliéné". Le terme NRDMD est moins stigmatisant pour le concept selon lequel les personnes ne sont pas pénalement responsables de leurs actions à cause du rôle joué par leur incapacité mentale. Certains commentateurs croient que le verdict "coupable mais reconnu aliéné" est punitif et injuste pour les personnes atteintes de maladie mentale grave. Il est aussi conceptuellement problématique parce que si l'intention criminelle requise n'est pas établie, logiquement la personne ne peut pas être jugée "coupable".

² Cette définition devrait être plus générale que le test de l'aliénation mentale selon les Règles de McNaughten. Beaucoup de pays utilisent encore les Règles de McNaughten, qui n'autorisent la défense pour raison de troubles mentaux que si l'accusé ne savait pas ce qu'il/elle faisait quand il/elle a commis l'infraction, ou s'il/elle avait connaissance de l'acte, mais ne savait pas que l'acte était répréhensible. Cependant, beaucoup de malades mentaux graves peuvent comprendre que ce qu'ils font est répréhensible, mais leur état cognitif est fortement déformé en raison de troubles mentaux graves. Par conséquent certains ont argué que même les malades mentaux les plus gravement atteints sont considérés comme "sains" selon les règles de McNaughten, si bien que dans beaucoup de systèmes, ils sont envoyés à tort en prison. Selon cet argument, les personnes qui peuvent raisonner, mais manquent de maîtrise de soi à cause de troubles mentaux graves, devraient pouvoir obtenir un verdict de "non-responsable pour cause d'incapacité mentale" (NRDMD).

réintroduire la personne dans la société ou d'ordonner un placement/traitement. La législation nationale varie considérablement sur ces placements et sorties. Dans certains pays, une personne doit être libérée à moins que le tribunal de première instance ou d'autres instances judiciaires ne concluent que la personne remplit tous les critères pour le placement d'office et applique les exigences de procédure appropriées pour commettre la personne d'office. Dans d'autres pays, il peut y avoir une catégorie juridique spécifique (différente de celles des malades commis d'office) pour les personnes admises pour cause de NRDMD. Par exemple, en Australie elles sont appelées malades médico-légaux; à Maurice, malades de sécurité; et en Afrique du Sud, malades de l'État.

Néanmoins, tout comme les autres personnes non-délinquantes atteintes de troubles mentaux, les personnes qui sont détenues après un verdict NRDMD ont droit à une révision périodique et régulière de leur détention et le droit de recevoir un traitement et des soins appropriés dans un environnement thérapeutique. En outre, les personnes placées parce qu'elles n'étaient pas pénalement responsables peuvent bien avoir la capacité de prendre des décisions sur leur traitement.

Une amélioration suffisante de l'état mental de la personne doit mener à sa libération. Dans certains pays, le médecin peut être autorisé à libérer une personne placée comme délinquant malade mental. Cependant, dans d'autres pays seul un juge ou une autre autorité judiciaire peut ordonner une telle sortie. Il est toutefois important que le malade, les membres de famille et d'autres intervenants soient autorisés à faire une demande de sortie. Pour une période de temps spécifiée, il peut être raisonnable de demander qu'une personne libérée suive un traitement à base communautaire avec observance forcée, sous peine de retourner à l'hôpital si une rechute se produit ou si la personne ne respecte pas le plan de traitement convenu. Cependant, le traitement à base communautaire forcé peut attirer des contestations de la part de certains groupes d'usagers. Les pays devront prendre leurs propres décisions sur cette question.

15.3 Étape post-procès (condamnation) dans le système judiciaire pénal

Dans certains pays, une personne atteinte de troubles mentaux peut n'avoir pas rempli les critères d'inaptitude à passer en jugement ou d'existence de troubles mentaux au moment de l'infraction, mais ayant été jugée coupable par la cour, elle peut encore être orientée vers le système de soins de santé mentale pendant l'étape de la condamnation. On peut le faire au moyen de peines non-privatives de liberté (c.-à-d. injonctions de liberté conditionnelle et de traitement en milieu communautaire), ou au moyen de peines privatives de liberté purgées dans un service de santé mentale (c.-à-d injonctions hospitalières). L'injonction hospitalière peut faire référence à un établissement ouvert ou un établissement plus sûr, en fonction du risque posé au public.

15.3.1 Injonctions de mise en liberté conditionnelle et de traitement en milieu communautaire

La législation doit permettre et encourager l'usage de peines non-privatives de liberté pour les infractions mineures commises par les individus atteints de troubles mentaux comme alternative à l'incarcération en prison. Les tribunaux de certains pays sont déjà habilités à prononcer des injonctions de liberté conditionnelle ou de traitement en milieu communautaire à condition que ces personnes continuent à être traitées par les services de santé mentale. Les injonctions de traitement en milieu communautaire permettent aux personnes atteintes de troubles mentaux d'habiter dans la communauté sous réserve de certaines conditions, notamment qu'elles

- résident à un endroit spécifié;
- participent aux activités de traitement et de réadaptation, y compris le conseil, l'éducation et la formation;
- autorisent les professionnels de santé mentale à avoir accès à leurs domiciles;
- se présentent régulièrement à un contrôleur judiciaire; et
- se soumettent à un traitement psychiatrique d'office, le cas échéant.

15.3.2 Injonctions hospitalières

Les injonctions hospitalières sont un autre moyen de s'assurer qu'une personne qui a été jugée coupable reçoit le traitement de santé mentale nécessaire. La législation qui prévoit une injonction hospitalière permet à la cour d'envoyer des délinquants atteints de troubles mentaux à un hôpital pour traitement au lieu de les faire incarcérer, si au moment de la condamnation ils ont besoin de soins hospitaliers.

L'injonction hospitalière ne doit pas porter sur une durée supérieure à celle de la condamnation. Si la cour et les professionnels de santé mentale à l'hôpital estiment que la personne a besoin de traitement supplémentaire à la fin de la condamnation, ils doivent justifier le placement prolongé par le biais des procédures normales de placement d'office.

Les délinquants atteints de troubles mentaux qui sont placés dans un service de santé mentale à la suite d'une injonction hospitalière ont les mêmes droits à la révision périodique par un organe de révision indépendant (ex. : un tribunal ou une cour de justice) que tous les autres patients placés d'office.

15.4 Étape post-condamnation (peine purgée en prison)

Quelquefois, un accusé peut développer des troubles mentaux suite à l'incarcération. La législation ou les arrangements administratifs doivent contenir des dispositions pour des soins et un traitement suffisants des troubles mentaux des prisonniers. La loi doit prévoir le transfert des prisonniers atteints de troubles mentaux graves dans un service de santé mentale pour traitement s'ils ne peuvent pas être traités correctement dans la prison. Dans beaucoup de pays, les prisons ont des services hospitaliers spécialement conçus où les prisonniers sont transférés s'ils sont jugés malades. Un organe de révision doit contrôler ces services pour s'assurer que la qualité et la disponibilité des soins sont équivalentes à celles des établissements de santé mentale où les malades ne sont pas privés de liberté. La législation doit également s'assurer que ces services hospitaliers sont sous la supervision directe d'un personnel de santé mentale qualifié, et non des autorités de la prison.

Les prisonniers placés dans les services hospitaliers de la prison ou transférés dans d'autres établissements de santé mentale ont droit à la protection de leurs droits, et doivent bénéficier des mêmes protections que celles accordées aux autres personnes atteintes de troubles mentaux. En particulier, ces délinquants ont le droit d'accepter ou de refuser le traitement. Si le traitement non volontaire est jugé nécessaire, les procédures appropriées pour l'autorisation du traitement non volontaire doivent être suivies. Les droits importants sont, entre autres, le droit d'être protégé de tout traitement inhumain et dégradant, et de ne participer à la recherche qu'avec un consentement en connaissance de cause valide et la protection de la confidentialité. En ce qui concerne le cas de prisonniers devant être transférés à un hôpital pendant leur incarcération, la durée d'hospitalisation doit être prise en compte comme faisant partie de la durée totale de la peine de prison.

Par ailleurs, ces prisonniers ne peuvent être détenus à l'hôpital que pendant la durée de leur peine. À l'expiration de celle-ci, si leur état mental justifie un placement d'office supplémentaire, ils ne peuvent être détenus que conformément aux dispositions civiles de la législation sur la santé mentale. En outre, les prisonniers de ces établissements de traitement ont le même droit à être considéré pour la liberté conditionnelle que s'ils n'étaient pas sous traitement pour troubles mentaux. Les informations appropriées sur leur cas et le traitement peuvent être mises, conformément à la loi, à la disposition des autorités de libération conditionnelle si elles en ont besoin ou avec le consentement du prisonnier.

15.5 Établissements pour délinquants malades mentaux

L'une des difficultés qu'il y a à maintenir les délinquants malades mentaux hors des prisons est que beaucoup de pays n'ont pas des établissements appropriés pour accueillir des personnes considérées comme étant "délinquantes et dangereuses". En conséquence, les personnes atteintes de troubles mentaux sont non seulement forcées de rester en prison, mais elles y sont également privées du traitement nécessaire. Il pourrait être nécessaire d'adopter des dispositions pour la création d'établissements de santé mentale sûrs. Les critères législatifs peuvent identifier les niveaux de sécurité requis pour les malades, et ces niveaux doivent être régulièrement révisés. En outre, aucun malade ne doit être soumis dans un hôpital à des mesures de sécurité plus strictes qu'il n'est nécessaire.

En résumé, la législation sur la santé mentale peut et doit prévoir un cadre pour le traitement et l'appui plutôt que pour la punition. Ce cadre doit également permettre aux personnes atteintes de troubles mentaux d'être transférées du système judiciaire pénal au système de santé mentale à n'importe quelle étape. En mettant en oeuvre des protections dans le système judiciaire pénal en faveur des personnes atteintes de troubles mentaux, et en ne les incarcérant que dans des circonstances très rares, la législation peut contribuer à protéger la sécurité publique tout en fournissant un traitement emprunt d'humanité aux délinquants atteints de troubles mentaux, leur permettant de recevoir des soins et une réadaptation appropriés.

Les sites Internet suivants fournissent des informations sur les principes et les règles des Nations unies relatives aux prisonniers, y compris les malades mentaux:

http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp36.htm

http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm

Délinquants malades mentaux: les points essentiels

Le système judiciaire pénal doit préférer le traitement à l'incarcération si possible, pour les délinquants pénaux atteints de troubles mentaux. La structure de traitement à toutes les étapes du processus des poursuites pénales doit permettre la diversion des délinquants vers les programmes de traitement à toutes les étapes du processus de poursuites pénales.

1. *Mise en examen* – Les procureurs doivent examiner les facteurs suivants lorsqu'ils décident de poursuivre un individu atteint de troubles mentaux: la gravité de l'infraction; les antécédents psychiatriques de la personne, l'état mental au moment de l'infraction et l'état mental actuel; la probabilité de dommage à la santé de la personne; et l'intérêt de la société vis-à-vis des poursuites judiciaires.

2. *Étape du procès*

a) *Aptitude à passer en jugement* – La loi exige que les personnes soient mentalement aptes à passer en jugement. La capacité de l'accusé à comprendre les débats et leurs conséquences, et à communiquer efficacement avec le conseil, doit être évaluée. Une personne jugée inapte à passer en jugement peut voir ses poursuites abandonnées ou mises en sursis pendant qu'elle subit le traitement. Les personnes détenues dans un service de santé mentale en attente de leur procès ont les mêmes droits que les autres personnes soumises au placement d'office, y compris le droit à la révision judiciaire par un organe de révision indépendant.

b) *Défense pour responsabilité pénale* – Les personnes jugées comme ayant une capacité insuffisante au moment de l'infraction doivent être traitées plutôt qu'incarcérées. La plupart des tribunaux autorisent une défense de "non-responsable pour cause d'incapacité mentale" (NRDMD) si le raisonnement, la compréhension ou la maîtrise de soi de la personne ont été affaiblis au moment de l'infraction. Une personne jugée NRDMD peut être libérée une fois que l'affection mentale s'améliore suffisamment.

3. *Étape post-procès (condamnation):*

- a) Injonctions de mise en liberté conditionnelle – Les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent recevoir un traitement par le biais d'injonctions non-privatives de liberté et de traitement en milieu communautaire sous certaines conditions. Une personne qui ne remplit pas les conditions désignées peut être rappelée dans un établissement de rétention pour achever le traitement.
- b) Injonctions hospitalières – Le traitement peut être offert au moyen d'une injonction hospitalière (c.-à-d. une peine privative de liberté purgée dans un service de santé mentale). Une personne soumise à une injonction hospitalière ne peut être détenue pour traitement pendant une période supérieure à celle qu'aurait imposé la sentence, à moins que les procédures de placement d'office après la sentence n'aient été appliquées. Les personnes soumises à des injonctions hospitalières ont droit à la révision périodique de leur détention par un organe de révision indépendant.

4. *Étape post-condamnation (peine purgée en prison):*

- a) Transfert de prisonniers – Une personne qui développe une affection mentale après l'incarcération peut être transférée dans un service hospitalier pénitentiaire ou dans un autre établissement de santé mentale sûr pour y recevoir un traitement pour la santé mentale. Les prisonniers ainsi transférés ont les mêmes droits que les autres personnes confinées d'office, tel que le droit à consentir au traitement, à la confidentialité et à la protection contre des traitements inhumains et dégradants. Les prisonniers ont également le droit d'être examinés pour la mise en liberté conditionnelle. Un prisonnier ne peut pas être détenu pour traitement pendant une période supérieure à celle qu'aurait imposé la sentence, à moins que les procédures de placement d'office après la sentence n'aient été suivies.

Établissements pour délinquants malades mentaux

Il pourrait être nécessaire d'adopter des dispositions pour la création d'établissements de santé mentale sûrs. Les critères législatifs peuvent identifier les niveaux de sécurité requis pour les malades, et ces niveaux doivent être régulièrement révisés. En outre, aucun malade ne doit être soumis dans un hôpital à des mesures de sécurité plus strictes qu'il n'est nécessaire.

16. Autres dispositions en faveur de la santé mentale

Une législation qui traite les questions déjà discutées dans ce chapitre peut considérablement améliorer la protection sociale et le bien-être des personnes atteintes de troubles mentaux: accès; droits; soins de santé mentale volontaires et non volontaires; mécanismes de révision et dispositions relatives aux délinquants malades mentaux. En outre, il y a un certain nombre d'autres domaines qui sont également importants pour la promotion de la santé et du bien-être mentaux qui peuvent être légiférés efficacement, mais qui ont été négligés jusqu'ici. Toutefois, il n'est pas possible de couvrir chaque question dans cet Ouvrage de référence et de discuter la pleine complexité de chaque point, mais les aspects suivants orientent vers des domaines qui peuvent être inclus dans la législation nationale. Dans beaucoup de pays, ils peuvent être contenus dans une législation autre qu'une législation spécifique sur la santé mentale.

16.1 Législation antidiscriminatoire

La législation doit protéger de la discrimination les personnes atteintes de troubles mentaux. Dans beaucoup de cas, les pays ont une législation antidiscriminatoire, et même des mesures antidiscriminatoires en faveur des populations vulnérables, des minorités, et des groupes défavorisés. On peut étendre l'application de cette législation aux personnes atteintes de troubles mentaux en les incluant spécifiquement parmi les bénéficiaires de la loi. Ou bien, si la législation antidiscriminatoire générale ne leur confère pas une protection suffisante, les dispositions antidiscriminatoires pour les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent être spécifiquement incluses dans la législation sur la santé mentale. Par exemple, dans certains

pays les personnes atteintes de troubles mentaux ne sont pas autorisées à étudier dans certaines écoles, à être à certains endroits publics ou à voyager dans les avions. Une législation spécifique peut s'avérer nécessaire pour mettre un terme à cette situation.

Comme autre alternative législative, si, par exemple, un pays a une Charte des Droits ou un autre document de droits, il doit préciser les raisons pour lesquelles il est illégal de faire de la discrimination, notamment contre les personnes atteintes de troubles mentaux. La Charte des Droits de la Nouvelle Zélande (1990) par exemple interdit la discrimination entre autres choses pour cause d'incapacité.

16.2 Soins de santé généraux

Les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent avoir besoin de protection législative dans leur interaction avec le système de soins de santé général, y compris l'accès au traitement, la qualité du traitement offert, la confidentialité, le consentement au traitement et l'accès à l'information. Des modalités spéciales peuvent être insérées dans la législation sur les soins de santé généraux pour insister sur la nécessité de protéger les populations vulnérables telles que les personnes atteintes de troubles mentaux et celles qui n'ont pas la capacité de prendre des décisions concernant elles-mêmes.

16.3 Logement

La législation peut insérer des dispositions pour que les personnes atteintes de troubles mentaux soient prioritaires dans les projets de logement public et les plans de logement subventionné. Par exemple, la loi sur la santé mentale de la Finlande stipule qu' "Outre un traitement et des services appropriés, une personne souffrant d'une maladie mentale ou d'une autre affection mentale doit recevoir un appartement de service et un logement subventionné approprié à la réadaptation médicale ou sociale nécessaire telle que prévue dans un décret séparé" (Loi sur la santé mentale, No. 1116, 1990, Finlande).

Ces dispositions peuvent ne pas être possibles dans certains pays, mais, tout au moins, les personnes atteintes de troubles mentaux ne doivent pas faire l'objet de discrimination dans l'allocation de logements. La législation peut également prescrire aux gouvernements de créer une série de logements tels que les centres de réadaptation et les centres pour séjour de longue durée. La législation doit comprendre des dispositions visant à prévenir la ségrégation géographique des personnes atteintes de troubles mentaux. Il peut falloir pour cela des dispositions spécifiques dans la législation appropriée en vue de prévenir la discrimination dans la localisation et la répartition des logements pour les personnes atteintes de troubles mentaux.

16.4 Emploi

La législation peut comprendre des dispositions pour la protection des personnes atteintes de troubles mentaux contre la discrimination et l'exploitation et pour l'égalité des chances dans l'emploi. Elle peut également encourager la réintégration dans le lieu de travail pour les personnes qui ont connu des troubles mentaux, et garantir la protection contre le licenciement uniquement pour cause de troubles mentaux. La législation peut également encourager "le logement raisonnable" dans le lieu de travail, au moyen duquel des employés atteints de troubles mentaux bénéficient d'une certaine souplesse dans leurs heures de travail afin de pouvoir recevoir un traitement de santé mentale. Par exemple, un employé pourrait prendre une permission pour recevoir des conseils et rattraper ce temps plus tard dans la journée.

La Loi sur la promotion des soins de santé et des services sociaux pour les personnes atteintes de maladie mentale du Rio Negro, Argentine, (Loi 2440, 1989) stipule que "la province veille à ce que des mesures appropriées soient prises en vue d'assurer l'accès au travail, qui est un facteur décisif dans le rétablissement des personnes atteintes de maladie mentale". Elle décrète en outre qu'une commission doit être créée pour examiner la question de la promotion du travail.

La commission proposera des mesures permanentes appropriées destinées à garantir l'accès au travail pour les personnes couvertes par la loi.

Les lois peuvent également contenir des dispositions pour le financement adéquat des programmes de réadaptation professionnelle, des dispositions pour le financement préférentiel des activités génératrices de revenu par les personnes atteintes de troubles mentaux qui résident dans la communauté, et des programmes généraux de mesures antidiscriminatoires en vue d'améliorer l'accès aux emplois et au travail rémunéré. La législation de l'emploi peut également protéger les personnes atteintes de troubles mentaux qui travaillent dans les ateliers de travail protégés pour s'assurer qu'elles sont rémunérées à un taux comparable aux autres et qu'il n'y a pas de travail forcé ou obligatoire dans ces ateliers protégés.

La législation de l'emploi qui incorpore des dispositions sur le congé de maternité, surtout le congé de maternité payé, s'est révélée efficace comme outil de promotion de la santé dans beaucoup de pays. Elle permet aux nouvelles mères de passer plus de temps avec leurs enfants et facilite la création de liens affectifs, favorisant ainsi une bonne santé mentale pour l'enfant et la mère.

16.5 Sécurité sociale

Le paiement de subventions pour incapacité peut représenter un avantage énorme pour les personnes atteintes de troubles mentaux, et doit être encouragé au moyen de la législation. Lorsque des pensions sont prévues, des pensions d'incapacité pour les personnes atteintes de troubles mentaux doivent être payées à un taux semblable à celui des pensions versées aux personnes atteintes d'incapacités physiques. La législation de la sécurité sociale doit être assez souple pour permettre aux personnes atteintes de troubles mentaux de revenir travailler, particulièrement à temps partiel, sans perdre les avantages de leur pension d'incapacité.

16.6 Questions relatives aux droits fondamentaux

Les personnes atteintes de troubles mentaux ont le droit d'exercer tous les droits fondamentaux, politiques, économiques, sociaux et culturels tels que reconnus dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels et la Convention internationale sur les droits fondamentaux et politiques.

Certains des droits essentiels (souvent refusés aux personnes atteintes de troubles mentaux) qui doivent être protégés sont cités ci-dessous. Cette liste n'est pas exhaustive; elle illustre simplement la large gamme des droits qui peuvent avoir besoin d'être protégés. Toutefois, certains de ces droits sont soumis à des limites basées sur la capacité de la personne à un moment donné dans le temps.

- Droit de voter
- Droit de se marier
- Droit d'avoir des enfants et d'exercer des droits parentaux
- Droit de posséder des biens
- Droit au travail et à l'emploi
- Droit à l'éducation
- Droit à la liberté de mouvement et au choix de la résidence
- Droit à la santé
- Droit à un procès juste et à la sauvegarde des libertés individuelles
- Droit de signer des chèques et d'effectuer d'autres transactions financières
- Droit à la liberté et à la pratique religieuses

Autres dispositions de fond relatives à la santé mentale: les points essentiels

Plusieurs domaines importants du bien-être mental peuvent être efficacement légiférés mais ont été négligés jusqu'ici, notamment les suivants:

- La législation doit protéger les personnes atteintes de troubles mentaux de la discrimination.
- Les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent avoir besoin de protection législative dans leur interaction avec le système de soins de santé général, y compris l'accès au traitement, la qualité du traitement offert, la confidentialité, le consentement au traitement et l'accès à l'information.
- La législation peut insérer des dispositions pour que les personnes atteintes de troubles mentaux soient prioritaires dans les projets de logements publics et de logements subventionnés.
- La législation peut prescrire aux gouvernements de créer une série de logements tels que les centres de réadaptation et les centres pour séjour de longue durée.
- La législation peut comprendre des dispositions pour la protection des personnes atteintes de troubles mentaux contre la discrimination et l'exploitation et pour l'égalité en matière d'emploi.
- La législation peut encourager "le logement raisonnable" dans le lieu de travail, au moyen duquel des employés atteints de troubles mentaux bénéficient d'une certaine souplesse dans leurs heures de travail afin de pouvoir recevoir un traitement de santé mentale.
- La législation de l'emploi peut également protéger les personnes atteintes de troubles mentaux qui travaillent dans des ateliers protégés pour s'assurer qu'elles sont rémunérées à un taux comparable aux autres et qu'il n'y a pas de travail forcé ou obligatoire dans ces ateliers protégés.
- Lorsque des pensions sont prévues, des pensions d'incapacité pour les personnes atteintes de troubles mentaux doivent être payées à un taux semblable à celui des pensions versées aux personnes atteintes d'incapacités physiques.
- Les personnes atteintes de troubles mentaux doivent conserver le droit de voter, de se marier, d'avoir des enfants, de posséder des biens, de travailler et d'avoir un emploi; le droit à l'éducation, à la liberté de mouvement et de choix de la résidence, à la santé, à un procès juste et à la sauvegarde des libertés individuelles; le droit de signer des chèques et d'effectuer d'autres transactions financières, et le droit à la liberté et à la pratique religieuses.

17. Protection des groupes vulnérables – mineurs, femmes, minorités et réfugiés

La nécessité d'une législation spécifique pour les mineurs, les femmes, les minorités et les réfugiés affectés par des troubles mentaux serait probablement inutile si la pratique avait montré que ces groupes vulnérables reçoivent un traitement et des services suffisants et non discriminatoires. Cependant, dans la réalité ces groupes sont l'objet de discrimination et d'injustices graves. L'ampleur et la forme de ces problèmes varient d'un pays à l'autre, et les questions spécifiques que les différents pays doivent résoudre par voie législative diffèrent également. Néanmoins, aucun pays n'est immunisé contre la discrimination vis-à-vis de ces groupes vulnérables, et certains aspects des sections ci-dessous seront donc pertinents pour tous les pays.

17.1 Mineurs

La législation qui protège les droits humains des enfants et des adolescents doit tenir compte de leur vulnérabilité particulière. Elle doit spécifiquement viser à respecter, protéger et réaliser leurs droits, tels qu'ils sont consignés dans la *Convention des Nations unies sur les droits de l'Enfant* (1990) et d'autres instruments internationaux pertinents.

Dans beaucoup de pays, il n'y a pas de services spécialisés de santé mentale pour les mineurs, et la législation peut par conséquent jouer un rôle important dans la promotion de la création et de l'accès à ces services. La législation doit spécifiquement décourager le placement d'office des mineurs dans les établissements de santé mentale. Le placement ne peut être approprié que lorsque les alternatives à base communautaire ne sont pas disponibles, sont peu susceptibles d'être efficaces ou ont été essayées et ont échoué. Si les mineurs sont placés dans des environnements institutionnels, leur espace de vie doit être séparé de celui des adultes. L'environnement de vie dans les établissements de santé mentale doit être approprié à l'âge et tenir compte des besoins de développement des mineurs (ex. : fourniture d'une aire de jeu, de jouets et d'activités de loisirs appropriés à l'âge, accès à la scolarisation et à l'éducation). Bien que différents pays puissent atteindre ces objectifs à des degrés variables, tous les pays doivent prendre des mesures positives en vue d'atteindre ces objectifs et envisager d'allouer des ressources supplémentaires à cet effet.

Les mineurs doivent avoir accès à un représentant personnel chargé de représenter correctement leurs intérêts, surtout lorsqu'ils sont placés dans des établissements de santé mentale et tout au long de ce placement. Dans la plupart des cas, leur représentant personnel est un membre de famille. Cependant, s'il y a conflit d'intérêt potentiel ou réel, des dispositions juridiques doivent être prévues pour la nomination d'un autre représentant personnel indépendant. Dans ces cas, la législation peut rendre l'État responsable de la rémunération de ce représentant personnel.

Le consentement au traitement des mineurs doit également être traité dans la législation. Beaucoup de juridictions utilisent l'âge (habituellement 18 ans) comme l'unique critère pour déterminer le droit d'un mineur à donner ou refuser le consentement. Cependant, un nombre considérable de mineurs, surtout des adolescents, ont une maturité et une compréhension suffisantes pour pouvoir donner ou refuser le consentement. La législation peut contenir des dispositions visant à encourager la prise en considération de l'opinion des mineurs dans les questions liées au consentement, en fonction de leur âge et de leur maturité.

La législation peut interdire l'usage de procédures de traitement irréversibles sur les enfants, surtout la psychochirurgie et la stérilisation.

17.2 Femmes

Les inégalités et la discrimination flagrantes fondées sur le sexe sont monnaie courante dans beaucoup de sociétés autour du monde. Les injustices et les pratiques discriminatoires peuvent provoquer et exacerber les troubles mentaux chez les femmes. Les femmes font souvent l'objet de discrimination en termes d'accès aux services de santé mentale pour des raisons telles que le manque d'argent et la perception de leur manque d'importance dans la société. La législation peut activement mettre un terme à ces inégalités et à cette discrimination. La *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes (CEDAW)*, qui définit ce qui constitue la discrimination contre les femmes et prescrit un programme pour l'action nationale en vue de mettre un terme à cette discrimination, constitue un instrument utile pour éclairer l'élaboration de la législation dans ce domaine.

Les femmes qui sont admises dans les établissements de santé mentale doivent bénéficier d'une vie privée adéquate. La législation peut veiller à ce que les établissements de santé mentale aient des dortoirs séparés (salles unisexes) pour les femmes, et que ces installations de vie soient de qualité suffisante et comparable à celles fournies aux hommes. La législation peut également protéger explicitement les femmes contre les abus sexuels et l'exploitation physique par les malades et les employés masculins des hôpitaux psychiatriques.

La période post-accouchement est une période à haut risque de troubles mentaux pour les femmes. Les services de traitement des troubles mentaux postérieurs à l'accouchement doivent prendre en considération les besoins uniques des femmes qui viennent d'accoucher et fournir des installations appropriées pour les mères qui allaitent. En particulier, si des mères qui allaitent

sont admises dans un service de santé mentale, elles ne doivent pas être séparées de leurs enfants. Le service de santé mentale peut avoir une crèche et un personnel qualifié qui peut fournir des soins à la mère et au bébé. La législation peut aider à atteindre ces buts.

La protection de la confidentialité revêt une importance particulière dans les sociétés où les informations sur les femmes peuvent être utilisées d'une certaine façon contre elles. La législation peut spécifiquement stipuler que les informations relatives à la santé mentale dans ces situations ne doivent jamais être divulguées sans le consentement explicite de la femme intéressée. La législation doit également encourager les professionnels de santé mentale à prendre en considération les pressions exercées sur les femmes dans beaucoup de sociétés pour qu'elles acceptent de divulguer ces informations aux membres de famille.

Dans les pays où les femmes sont détenues dans des hôpitaux pour des raisons sociales et culturelles, il est nécessaire que la législation déclare explicitement l'illégalité de cette pratique. La législation doit encourager l'accès égal aux services de santé mentale, y compris dans les services de traitement à base communautaire et de réadaptation pour les femmes. Les femmes doivent également avoir des droits égaux à ceux des hommes sur les questions relatives au placement et au traitement non volontaire. La législation peut insister qu'un organe de révision entreprenne un suivi séparé et spécifique de la proportion de femmes placées d'office dans les établissements de santé mentale afin d'évaluer la discrimination potentielle.

17.3 Minorités

La discrimination dans la prestation de services de santé mentale aux minorités se présente sous plusieurs formes. Par exemple:

- les minorités peuvent se voir refuser l'accès aux services de traitement à base communautaire et être orientées vers le traitement en placement;
- on a découvert que les minorités ont des taux plus élevés de placement d'office;
- les normes sociales et culturelles de comportement qui peuvent être différentes pour les minorités sont quelquefois interprétées comme des signes de troubles mentaux et mènent au placement d'office;
- les minorités sont plus susceptibles de recevoir le traitement non volontaire lorsqu'elles se trouvent dans des établissements de santé mentale;
- l'environnement de vie des établissements de santé mentale ne prend pas en considération les besoins culturels et sociaux uniques des minorités;
- les minorités atteintes de troubles mentaux sont plus susceptibles d'être arrêtées pour des problèmes comportementaux mineurs, ce qui mène à des taux plus élevés de contact avec le système judiciaire pénal.

La législation peut protéger spécifiquement contre ces pratiques discriminatoires. Par exemple, la législation peut stipuler qu'un organe de révision suive les placements et le traitement non volontaires des minorités, s'assure que les critères d'accréditation des établissements de santé mentale comprennent la fourniture d'environnements de vie culturellement appropriés, et surveille la fourniture aux minorités de services de traitement à base communautaire et de réadaptation.

Exemple: Protéger les intérêts des femmes et des minorités en Australie

Pour protéger les femmes et les minorités, la loi australienne sur la santé mentale stipule que les membres du Tribunal de santé mentale "doivent comprendre une ou plusieurs femmes et une ou plusieurs personnes provenant d'une minorité ethnique".

(Loi sur la santé mentale de la Nouvelle Galles du Sud 1990)

17.4 Réfugiés

Dans certains pays, les réfugiés et les chercheurs d'asile reçoivent souvent un traitement inapproprié qui provoque ou exacerbe les troubles mentaux. Ils ne reçoivent pas le même traitement de santé mentale que les citoyens de ce pays. Cette situation viole l'article 12 de l'ICESCR qui "reconnait le droit de chacun à la jouissance de la norme la plus élevée possible de santé physique et mentale".

La législation peut stipuler que les réfugiés ont droit au même traitement de santé mentale que les citoyens du pays hôte.

Protection des groupes vulnérables: les points essentiels

- La législation qui protège les droits humains des enfants et des adolescents doit tenir compte de leur vulnérabilité particulière.
- La législation peut encourager la création de services spécialisés de santé mentale pour les mineurs et l'accès à ces services.
- La législation peut décourager activement le placement d'office de mineurs dans les établissements de santé mentale.
- Les mineurs doivent avoir accès à un représentant personnel chargé de représenter correctement leurs intérêts, surtout lorsqu'ils sont placés dans des établissements de santé mentale et tout au long de ce placement.
- Les injustices et les pratiques discriminatoires peuvent provoquer et exacerber les troubles mentaux chez les femmes.
- Les femmes doivent avoir des dortoirs séparés (salles unisexes), et leurs installations de vie doivent être de qualité suffisante et comparable à celles fournies aux hommes.
- Dans les pays où les femmes sont détenues dans des hôpitaux pour des raisons sociales et culturelles, il est nécessaire que la législation déclare explicitement l'illégalité de cette pratique.
- La législation peut protéger spécifiquement contre les pratiques discriminatoires visant les minorités. Par exemple, la législation peut stipuler qu'un organe de révision suive les placements et le traitement non volontaire des minorités, et que les minorités bénéficient de services de traitement à base communautaire et de réadaptation.
- Les réfugiés doivent avoir droit au même traitement de santé mentale que les citoyens du pays hôte.

18. Infractions et sanctions

Une loi n'est pas écrite avec l'intention de poursuivre les personnes qui ne respectent pas ses dispositions (on espère), mais plutôt de guider et diriger les personnes en termes de ce qu'un pouvoir législatif démocratiquement constitué, après consultation et débats, a jugé nécessaire et approprié pour le pays. Cependant, lorsqu'une loi est transgressée, le système judiciaire pénal d'un pays a le pouvoir de prendre des mesures pour poursuivre et punir les contrevenants. Ce pouvoir confère une place spéciale à la législation par rapport, par exemple, à la politique ou aux plans stratégiques d'un pays.

A l'instar d'autres questions qui ont été couvertes dans ce chapitre, le traitement des infractions et des sanctions varie d'un pays à un autre. Néanmoins, dans beaucoup de pays, à moins qu'une indication spécifique ne soit donnée dans la législation sur le niveau et l'ampleur des sanctions à infliger pour des infractions particulières, les tribunaux peuvent se trouver dans l'incapacité d'agir efficacement lorsque la loi est transgressée. En conséquence, le potentiel de la loi à promouvoir la santé mentale peut ne pas être pleinement réalisé. La loi doit par conséquent préciser la punition appropriée pour différentes infractions, et peut indiquer la sévérité des sanctions à infliger pour des transgressions particulières, en prenant en compte le fait que toutes les transgressions n'ont pas le même niveau de gravité.

Exemples: Infractions et sanctions

Les cas suivants illustrent comment différents systèmes législatifs traitent les infractions et les sanctions dans leur loi sur la santé mentale. Ces cas ne sont présentés qu'à des fins d'illustration et il revient à chaque pays de déterminer le système des infractions et des sanctions qu'il souhaite adopter pour sa législation nationale.

Japon

Au Japon, la loi sur la santé mentale et le bien-être des personnes souffrant de troubles mentaux (Loi 94, 1995) définit une série de sanctions différentes pour diverses transgressions. Par exemple:

- Quiconque à qui s'applique l'un des points suivants est puni de travaux forcés pour une période n'excédant pas trois (3) années ou d'une amende n'excédant pas un million de yen:
 - (i) quiconque viole une injonction de sortie en vertu du paragraphe 5 de l'article 38.5;
 - (ii) quiconque viole une injonction en vertu du paragraphe 2 de l'article 38.7;
 - (iii) quiconque viole une injonction en vertu du paragraphe 3 de l'article 38.7.
- L'administrateur d'un hôpital psychiatrique, le médecin désigné, le membre du comité d'examen psychiatrique [et différentes autres personnes mentionnées] sont punis de travaux forcés pour une période n'excédant pas une année ou d'une amende n'excédant pas cinq mille yen s'ils/elles, sans motif valable, divulguent un secret dont ils/elles ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions aux termes de la présente loi.

Kenya

La Loi sur la santé mentale (Loi N° 7, 1989) du Kenya cite un certain nombre d'actions qui sont considérées comme des infractions en vertu de la loi. Elle stipule ensuite que:

Quiconque jugé coupable d'une infraction aux termes de la présente Loi ou qui enfreint une des dispositions de la présente Loi ou tout règlement aux termes de la présente Loi est passible, si aucune autre sanction n'est expressément prévue, d'une amende n'excédant pas dix mille shillings ou d'une peine d'emprisonnement d'une durée n'excédant pas douze mois ou des deux peines.

Australie

En Nouvelle Galles du Sud, un système "d'unités de sanction" est utilisé. Cette option élimine la nécessité de changer régulièrement chaque article de législation lorsqu'une sanction spécifique est prescrite pour, par exemple, suivre l'inflation ou d'autres fluctuations du marché. Par exemple, un maximum de 50 unités de sanction peut être infligé pour la divulgation d'informations ou le refus d'obéir ou de se conformer à une injonction, une instruction ou une décision du tribunal de révision, d'un magistrat ou du Comité de révision de psychochirurgie, tandis qu'une sanction maximale de 10 unités est infligée à quiconque exploite un établissement résidentiel sans licence.

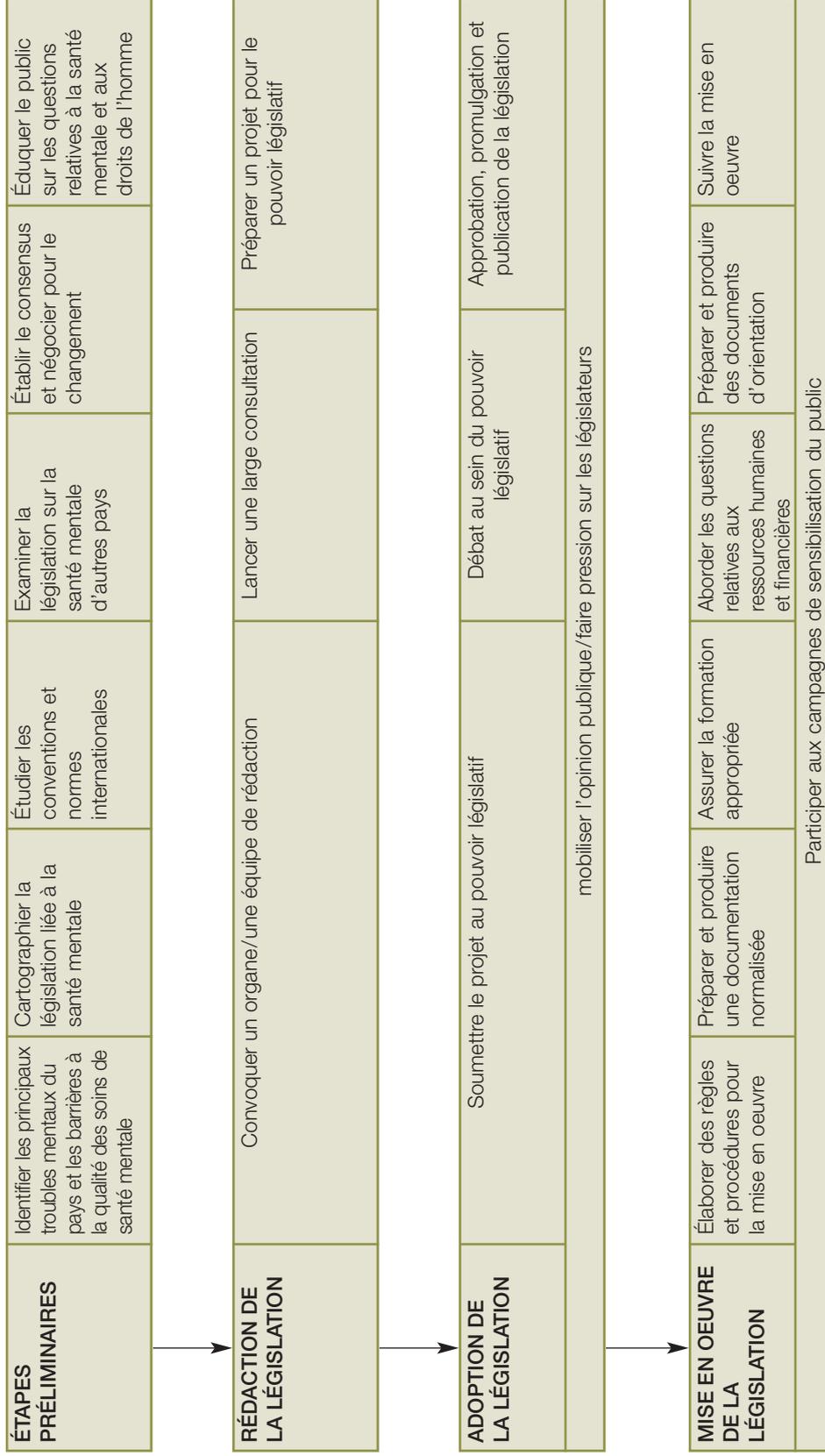
1. Introduction

Ce chapitre couvre le processus législatif, de la rédaction de la législation sur la santé mentale à sa mise en oeuvre effective. La discussion porte sur le "comment" de la législation sur la santé mentale par rapport au "pourquoi" du chapitre 1 et au "quoi" (ou contenu) du chapitre 2. Elle décrit les étapes préliminaires que peuvent entreprendre les pays avant de se lancer dans le processus de rédaction, ainsi que les étapes de la rédaction, de l'adoption et de la mise en oeuvre de la législation sur la santé mentale. Ce chapitre présente également des exemples de pays mettant en lumière certaines difficultés possibles – et leurs solutions – dans les aspects liés au processus de la législation sur la santé mentale.

Comme avec le contenu législatif, le processus législatif dépendra des normes et coutumes locales des pays pour la rédaction, l'adoption et la mise en oeuvre de la législation. Des pratiques importantes sont décrites et discutées ici, mais il convient de relever qu'il ne s'agit que de principes directeurs; chaque pays suivra ses propres processus et procédures légales établies.

Le tableau 2 décrit quatre étapes que la plupart des pays suivront dans l'adoption de la législation: étapes préliminaires, rédaction de la législation, adoption de la législation et mise en oeuvre de la législation. Ce chapitre discute ces étapes.

Figure 2. Processus de la législation sur la santé mentale



2. Activités préliminaires

Avant de se lancer dans la rédaction de la législation sur la santé mentale, il y a un certain nombre d'étapes préliminaires qui peuvent être utiles dans le choix du contenu de la législation:

1. Identifier les principaux besoins et problèmes en matière de santé mentale du pays ainsi que les barrières possibles et existantes à la mise en oeuvre des politiques, plans et programmes de santé mentale.
2. Examiner la loi sur la santé mentale existante et/ou recenser les lois générales qui traitent des questions de santé mentale, en se focalisant sur les aspects spécifiques qui présentent des lacunes ou qui nécessitent des réformes, et étudier les barrières et problèmes relatifs à leur mise en oeuvre.
3. Étudier les conventions et normes internationales des droits de l'homme qui comprennent des dispositions liées à la santé mentale, et identifier les obligations des gouvernements pour l'application des exigences de ces instruments.
4. Étudier les composantes de la législation sur la santé mentale d'autres pays, surtout ceux ayant des structures économiques et politiques et des contextes sociaux et culturels semblables.
5. Établir le consensus et négocier pour le changement.
6. Éduquer le public sur les questions portant sur la santé mentale et les droits de l'homme.

Dans beaucoup de pays, ce sont les professionnels chargés de la santé mentale au Ministère de la Santé qui devront lancer ces activités préliminaires. Cependant, il y a dans certains pays des "commissions législatives" – ou des organes semblables dont le mandat est d'identifier les domaines juridiques nécessitant des réformes – qui mènent la recherche nécessaire et font des recommandations pour le changement. Dans d'autres situations, c'est la cellule juridique du ministère qui est responsable de l'élaboration de toute la législation.

Dans les pays où les groupes et organisations d'usagers, de familles, de sensibilisation ou de professionnels identifient la nécessité de la législation sur la santé mentale (ou un changement à la législation existante), il leur revient de préconiser l'initiation de la nouvelle législation et d'expliquer pourquoi une loi (ou un amendement) est nécessaire.

Exemple: Lancer la réforme de la loi en République de Corée

En 1992, un groupe de jeunes psychiatres en République de Corée a ressenti vivement la nécessité d'une politique de santé mentale novatrice. Militants actifs des droits de l'homme, de la désinstitutionnalisation et des services de santé mentale à base communautaire, ils ont lancé le dialogue avec les fonctionnaires du gouvernement au Ministère de la Santé publique et du Bien-être, et ensemble ils ont commencé à formuler une nouvelle législation sur la santé mentale. Après deux années de préparation et de consultation, le Gouvernement a achevé un projet qui a été présenté à l'Assemblée nationale pour délibération. En décembre 1995, la nouvelle loi sur la santé mentale a été votée.

(Communication personnelle du Dr Tae-Yeon Hwang, Directeur du Département de Réadaptation psychiatrique et de Santé mentale communautaire, Centre collaborateur de l'OMS pour la réadaptation psychiatrique et la santé mentale communautaire, Hôpital psychiatrique de Yongin)

2.1 Identifier les troubles mentaux et les obstacles aux soins de santé mentale

La première étape consiste à recueillir des informations fiables sur les troubles mentaux dans le pays tout entier, et sur les variations dans les différentes régions et les groupes de population (s'il y en a). Les études épidémiologiques à base communautaire constituent la source la plus fiable de cette information. Cependant, il y a une pénurie de données épidémiologiques de bonne qualité dans beaucoup de pays en développement (et même dans certains pays développés). Lorsque les données épidémiologiques à base communautaire ne sont pas

disponibles ou sont peu fiables, les planificateurs et décideurs peuvent recueillir des informations auprès d'autres sources. Par exemple:

- a) Les données quantitatives de sites de traitement peuvent fournir une estimation brute du niveau des besoins en services de santé mentale et de la prévalence des troubles mentaux. Cependant, il est bien connu que seule une petite proportion des personnes atteintes de troubles mentaux, et qui ont besoin de services de santé mentale, approche les services cliniques; mais on peut faire des calculs pour estimer la prévalence "réelle" (pour des détails supplémentaires, voir le Module *Planification et budgétisation des services de santé mentale* (OMS, 2003a): http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/).
- b) Les informations qualitatives d'entrevues thématiques de groupe et d'entrevues avec les informateurs clés peuvent fournir des indications utiles à faible coût (Arjonilla, Parada & Pelcastre, 2000).
- c) Dans certains cas, les informations obtenues dans un pays peuvent être appliquées à d'autres pays ayant des caractéristiques culturelles et sociales semblables.

Il est également important de comprendre clairement ce que sont les barrières et obstacles à la bonne qualité des soins de santé mentale. On peut recourir à la législation pour surmonter ou ôter certaines de ces barrières. Les exemples de l'encadré ci-dessous présentent certaines des barrières qui peuvent être ôtées grâce à des efforts législatifs, et identifient les domaines prioritaires de législation.

Exemples de barrières et obstacles à la bonne qualité des soins de santé mentale que la législation peut contribuer à surmonter

- L'absence de services de santé mentale dans certaines régions ou dans le pays tout entier.
- Le coût des soins de santé mentale est hors de portée pour beaucoup, et l'assurance maladie offre une couverture partielle ou nulle pour les traitements de santé mentale.
- La qualité des soins fournis dans les hôpitaux psychiatriques est mauvaise et les conditions de vies sont inadéquates, ce qui mène à des violations des droits de l'homme.
- La réglementation et les contrôles relatifs au placement et au traitement non volontaire font habituellement défaut, ce qui s'accompagne souvent de privation de liberté.
- La stigmatisation et la discrimination associées aux troubles mentaux ont un effet négatif sur l'accès aux soins ainsi que sur l'intégration sociale des personnes qui souffrent de troubles mentaux.
- Les personnes atteintes de troubles mentaux sont privées des droits civiques, politiques, économiques, sociaux et culturels fondamentaux tels que le droit à la participation sociale, à l'expression culturelle, le droit de vote, le droit à la liberté d'opinion, au logement, à l'emploi et à l'éducation.
- Les troubles mentaux peuvent affecter la capacité des personnes à défendre leurs droits et à faire connaître leurs besoins et intérêts.
- Certaines conditions sociales ou pratiques culturelles nuisent à la santé mentale de certains groupes de population.
- L'absence de ressources pour les services et programmes de santé mentale.

2.2 Cartographier la législation liée à la santé mentale

Certains pays ont une longue histoire de législation sur la santé mentale et de législation liée à la santé mentale, tandis que d'autres pays peuvent être en train d'élaborer une telle législation pour la première fois. La "cartographie" de la législation existante sera par conséquent très différente. Pour les pays qui ont des lois spécifiques sur la santé mentale, ces lois devront être examinées avec soin comme base pour la nouvelle législation. En outre, les composantes d'autres lois, dans la mesure où elles sont liées à la santé mentale, doivent être trouvées et évaluées. Pour les pays qui n'ont pas une législation spécifique sur la santé mentale, il est probable qu'il y a des lois qui affectent la santé mentale. Elles doivent être identifiées et analysées.

Cartographier la législation liée à la santé mentale est très utile pour obtenir une vue d'ensemble des différentes lois qui peuvent contribuer à atteindre les objectifs des politiques et programmes de santé mentale et pour évaluer quelles lois peuvent nécessiter d'être modifiées. Un examen systématique et critique de la législation existante peut aider à identifier les aspects juridiques qui présentent des lacunes, ou qui nécessitent une réforme, en vue de protéger les droits ou assurer l'accès au traitement des personnes atteintes de troubles mentaux, ainsi que faciliter la promotion et la prévention dans le domaine de la santé mentale. Parfois, on constate que les pays ont des dispositions adéquates dans la législation existante, mais que le problème réside en réalité dans leur mise en oeuvre. Dans ces cas, il peut ne pas être nécessaire de changer, modifier, amender ou introduire une nouvelle législation.

La Liste de contrôle de l'OMS sur la législation sur la santé mentale, qui est un pendant de cet Ouvrage de référence, est un outil utile qui peut être utilisé pour aider à déterminer les forces et les faiblesses de la législation existante et à identifier les dispositions qui doivent être examinées pour inclusion dans une nouvelle loi (voir l'annexe 1).

Exemple: Cartographier la législation aux Samoa

Dans l'élaboration de la nouvelle législation sur la santé mentale aux Samoa, 32 lois différentes qui étaient pertinentes pour la santé mentale ont été examinées. Parmi elles figuraient la Loi sur la citoyenneté (1972), la Loi sur la procédure pénale (1972), l'Ordonnance sur la santé (1959), la Loi Komesina o sulufaiga (Médiateur) (1988), l'Ordonnance sur la santé mentale (1961), la Loi sur le Ministère des Affaires féminines (1990), la Loi sur la Pharmacie (1976) et la Loi sur les Administrateurs (1975).

(Rapport de mission de l'OMS, 2003)

2.3 Etudier les conventions et normes internationales

Les pays qui ont ratifié des conventions internationales des droits de l'homme ont l'obligation de protéger, respecter et appliquer les droits que renferment ces instruments au moyen de la législation, de la politique et d'autres mesures.

Comme discuté au chapitre 1, la *Convention internationale sur les droits fondamentaux et politiques* (ICCPR, 1966) et la *Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels* (ICESCR, 1966) représentent deux instruments internationaux essentiels que la majorité des pays dans le monde a ratifiés. Il est par conséquent important d'examiner minutieusement ces instruments lorsqu'on envisage de créer une législation sur la santé mentale. Plusieurs normes internationales – bien que n'étant pas juridiquement contraignantes – représentent un consensus international sur les normes de bonnes pratiques acceptées et offrent un cadre utile pour l'élaboration et la mise en oeuvre de la législation et de la politique de santé mentale. Ces normes comprennent les *Principes MI*, les *Règles standard*, la *Déclaration de Caracas*, la *Déclaration de Madrid* et la *Loi sur les soins de santé mentale de l'OMS: Dix principes fondamentaux* (voir le chapitre 1, sections 6 et 7).

2.4 Examiner la législation sur la santé mentale d'autres pays

Examiner la législation d'autres pays liée aux questions de santé mentale donne une bonne idée des composantes généralement incluses dans la législation de différents pays. En effectuant cet examen, il est important de garder à l'esprit que beaucoup de pays ont encore une législation dépassée. L'examen doit donc se concentrer sur les pays qui ont adopté une législation progressive qui reflète les normes internationales des droits de l'homme et les connaissances actuelles dans le domaine du traitement et des soins de santé mentale. Il convient également, pendant la revue, d'examiner d'une manière critique l'effet de la législation sur l'amélioration de la situation des personnes atteintes de troubles mentaux dans ces pays. Parmi les raisons de l'échec peuvent figurer une législation mal rédigée et des difficultés de mise en oeuvre qui résultent de dispositions législatives qui ne prennent pas en considération les réalités pratiques dans le pays. Une documentation utile pour accéder à la législation de différents pays est la base

de données en ligne de l'*Abrégé international de la législation sur la santé de l'OMS* (IDHL) (<http://www.who.int/idhl>).

Un exemple de législation mal rédigée est une disposition législative qui exige la certification d'au moins deux psychiatres avant le placement d'office dans les pays où il y a si peu de psychiatres que cette exigence est impossible à satisfaire. Bien que le but de la disposition soit de fournir une protection adéquate contre le placement d'office, le résultat pourrait être le contraire. Dans beaucoup de cas, parce que la disposition est impossible à appliquer, elle est simplement ignorée, et les professionnels et membres de famille continuent avec les pratiques existantes et souvent inappropriées pour appliquer le placement d'office. Dans d'autres cas, en cherchant à se conformer à la loi en essayant de trouver deux psychiatres, une personne qui nécessite le placement et le traitement non volontaires ne recevra pas de soins; on peut le considérer également comme un abus des droits de l'homme. Une meilleure option serait d'exiger la certification par deux professionnels de santé mentale dont au moins un doit être psychiatre. Les autres professionnels de santé mentale peuvent être des assistants sociaux de psychiatrie, des psychologues et des infirmiers de psychiatrie, ce qui permet d'augmenter le pool de professionnels de santé mentale disponibles pour la certification et la protection adéquate des personnes atteintes de troubles mentaux.

Dans l'examen de la loi sur la santé mentale d'un autre pays, on peut découvrir des variables ou des facteurs sociaux, économiques et culturels spécifiques à ce pays. Certaines dispositions peuvent par conséquent ne pas être applicables dans son propre pays. Par exemple, un pays peut restreindre la tutelle aux membres de la famille immédiate d'une personne ou se reporter au "conjoint" du malade. Cette disposition serait peu appropriée dans un pays où la famille élargie a des droits culturellement déterminés sur la personne ou où les mariages polygames sont autorisés. Il peut donc s'avérer nécessaire de modifier et d'adapter les dispositions en vue de les conformer à la situation sociale, économique et culturelle de ce pays particulier.

Exemples d'obstacles et de facteurs favorables à la formulation de la législation sur la santé mentale

Obstacles	Facteurs favorables
Tension entre ceux qui sont favorables à une approche individuelle de la législation basée sur les droits de l'homme et ceux qui insistent sur la sécurité publique.	Formuler la législation sur la santé mentale en adoptant une approche basée sur les besoins (c.-à-d. combler les besoins de l'utilisateur ainsi que ceux de la société en général).
Tension entre hégémonie médicale et approche des droits de l'homme. En d'autres termes, les différences entre les personnes qui croient que les professionnels médicaux savent ce qui est meilleur pour le malade et ceux qui croient que l'utilisateur est le mieux placé pour défendre ses intérêts.	Formuler une législation sur la santé mentale en adoptant la perspective de l'utilisateur, et à travers un processus participatif, impliquer de nombreux secteurs et disciplines.
Conflits entre ceux qui favorisent la législation sur la santé mentale uniquement en ce qui concerne le traitement et les droits du malade et ceux qui favorisent la législation également liée à la promotion et à la prévention.	Nommer des représentants des deux groupes d'intérêt dans l'organe de rédaction.
Tension entre les droits et responsabilités des familles et les droits et responsabilités des usagers.	Organiser des ateliers regroupant des représentants de familles et d'organisations d'utilisateurs pour examiner et discuter les questions et les intérêts essentiels de chaque groupe. Inclure les deux groupes dans l'organe de rédaction.
Résistance des psychiatres qui perçoivent les dispositions établies dans la législation et les règlements comme réduisant l'autonomie clinique.	Organiser des séminaires sur les droits des malades et l'éthique médicale avec la participation d'experts dans ces domaines.
Le gouvernement, le parlement et les secteurs extérieurs au secteur de la santé accordent une faible priorité à la législation sur la santé mentale.	Habiller les organisations d'utilisateurs, les prestataires de soins et les autres groupes de sensibilisation. Faire pression sur les législateurs et trouver des législateurs individuels qui sont prêts à insister sur l'adoption de la législation sur la santé mentale. Pour des détails supplémentaires, voir le Module <i>Advocacy for Mental Health</i> (WHO 2003b)(Plaidoyer en faveur de la santé mentale, disponible en version électronique): http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/
Résistance du grand public à la législation orientée vers les droits de l'homme.	Information et éducation du public.

2.5 Etablir le consensus et négocier pour le changement

Le chapitre précédent a fourni une orientation sur les questions qui doivent être incluses dans la nouvelle législation et/ou qui doivent rendre nécessaires des amendements et des modifications de la législation existante. Cependant, il faut établir un consensus sur ces questions. Les intervenants comprennent les politiciens et les parlementaires, les décideurs, les ministères (santé, sécurité sociale, justice et finances), les professionnels (psychiatres, psychologues, infirmiers de psychiatrie et assistants sociaux), les membres de famille des personnes atteintes de troubles mentaux, les usagers et groupes d'usagers, les organisations de sensibilisation, les prestataires de services, les organisations non-gouvernementales, les groupes de défense des droits civiques, les organisations religieuses et les congrégations de communautés particulières. Dans certains pays, il peut être également nécessaire d'inclure dans le processus les chefs communautaires et les tradipraticiens.

L'établissement du consensus et la négociation ont un rôle important à jouer, non seulement dans la rédaction de la législation, mais également pour ce qui est de s'assurer que la législation est mise en oeuvre une fois adoptée. Un consensus général est également nécessaire parce que la législation sur la santé mentale ne peut être acceptée par toute la société tant que les fausses idées, les malentendus et les craintes sur les troubles mentaux ne sont pas éliminés. L'encadré ci-dessus montre des exemples de certains obstacles et facteurs favorables au processus de formulation de la législation sur la santé mentale. Chaque pays fera face à des obstacles particuliers spécifiques à sa situation, et les exemples ne sont nullement exhaustifs.

2.6 Eduquer le public sur les questions relatives à la santé mentale et aux droits de l'homme

Le grand public ne comprenant pas les questions liées à la santé mentale, on rencontre dans beaucoup de pays de la résistance et quelquefois de l'opposition à la législation sur la santé mentale orientée vers les droits de l'homme. Les personnes atteintes de troubles mentaux sont également confrontées à beaucoup de stigmatisation et de discrimination. Cette situation peut amener le public à s'opposer à la législation pendant qu'elle est traitée au niveau du pouvoir législatif, ou même à en saper l'application une fois qu'elle est adoptée.

Il est important que le public soit informé et éduqué sur ce qu'est une affection mentale et les droits dont jouissent les personnes atteintes de troubles mentaux. Le processus de rédaction, d'adoption et de mise en oeuvre de la législation en sera grandement facilité.

Activités préliminaires pour la rédaction de la législation sur la santé mentale: les points essentiels

- Le processus d'une nouvelle législation sur la santé mentale peut être lancé par les professionnels chargés de la santé mentale au ministère, une commission législative (ou un organe semblable), la cellule juridique du ministère, une ONG, ou par un groupe d'usagers, de familles, de sensibilisation, de professionnels ou autre qui en identifie la nécessité.
- Les informations sur les troubles, les besoins et les barrières en matière de santé mentale peuvent être obtenues d'études épidémiologiques, en recueillant des informations quantitatives (ex. : sites de traitement), en menant des études qualitatives (ex. : groupes thématiques d'usagers) ou en extrapolant les données d'autres pays ayant des caractéristiques sociales et culturelles semblables.
- Les barrières que la législation peut lever doivent être identifiées.
- L'évaluation de toute la législation pertinente pour la santé mentale doit être entreprise et revue.
- Les conventions et normes internationales doivent être minutieusement étudiées pour s'assurer que les droits acceptés au plan international sont inclus dans la législation.

- L'examen minutieux de lois progressives d'autres pays, ainsi que des éléments qui ont rendu efficace la mise en oeuvre de ces législations, peut fournir une orientation utile pour l'élaboration d'une loi nationale. Cependant, il convient d'évaluer avec soin la faisabilité et l'applicabilité dans un pays spécifique.
- Le processus d'établissement du consensus pour la législation sur la santé mentale doit commencer le plus tôt possible afin que les différentes opinions puissent être prises en compte et la mise en oeuvre subséquente facilitée.

3. Rédiger la législation sur la santé mentale

3.1 Processus de rédaction

Le processus de rédaction d'une nouvelle législation varie selon les pays en fonction des structures législatives, administratives et politiques particulières. Cet Ouvrage de référence ne vise pas à intervenir dans ces mécanismes bien établis qui sont élaborés et acceptés localement. Plusieurs facteurs déterminent la fréquence avec laquelle une nouvelle législation est rédigée et par qui. Il a été suggéré qu'une législation devrait probablement être examinée toutes les 5 à 10 années, mais s'il y a des problèmes avec le contenu ou la mise en oeuvre de la législation actuelle, alors elle devrait être revue le plus tôt possible. Dans certains pays, la loi comporte des "pouvoirs destinés à surmonter des difficultés" qui permettent d'effectuer certains changements – qui ne sont pas fondamentaux au plan de la structure et de l'effet, mais qui sont nécessaires pour permettre à la législation de mieux servir le but pour lequel elle a été adoptée – sans avoir à attendre le processus législatif. La législation sur la santé mentale de l'Inde par exemple, stipule que "Si une difficulté survient dans l'application des dispositions de la présente Loi dans tout État, le Gouvernement de l'État peut, par ordonnance, faire tout ce qui n'est pas contraire aux présentes dispositions et qui semble nécessaire dans le but de surmonter la difficulté". (Article 97 de la Loi indienne sur la santé mentale, 1987).

Dans certains pays, un comité de rédaction spécialement constitué est nommé par le pouvoir législatif ou il est prescrit au ministère pertinent de rédiger la loi; d'autres pays ont une commission législative ou un organe semblable qui remplit cette fonction (voir la section 2 ci-dessus). Dans les pays qui n'ont pas de structures bien définies pour rédiger une nouvelle législation, la cellule de santé mentale du ministère peut jouer un rôle facilitateur important.

Exemple: Le processus de rédaction au Portugal et en Afrique du Sud

Au Portugal, suite à une Conférence nationale des principaux intervenants au cours de laquelle un ensemble de recommandations pour une nouvelle législation a été approuvé, les Ministères de la Santé et de la Justice ont nommé deux groupes de travail et les ont chargés de rédiger le projet d'une nouvelle législation sur la santé mentale. Un groupe a travaillé sur les aspects liés à la politique de santé mentale et aux droits du malade, tandis que l'autre a étudié la réglementation du traitement non volontaire. Ce processus a pris plus de deux années et de nombreux groupes ont été largement consultés.

(Communication personnelle du Dr JM Caldas de Almeida, Conseiller régional de l'OMS pour la Région des Amériques, 2003.)

En Afrique du Sud, c'est le Ministère de la Santé qui a identifié la nécessité d'une nouvelle législation, en partie parce que plusieurs clauses de la législation existante étaient jugées anticonstitutionnelles suite au changement politique de l'apartheid à la démocratie. La Direction de la Santé mentale a été chargée de coordonner un processus consultatif et de rédaction. Le processus, de la conception à l'adoption par le Parlement, a pris environ cinq années.

(Communication personnelle du Prof. M Freeman, Ministère de la Santé de l'Afrique du Sud, 2003)

Le point crucial n'est pas de savoir quel organe rédige la législation, mais plutôt s'il y a une expertise considérable et suffisante qui contribue au processus en vue de s'assurer que le projet de loi produit est fouillé, complet, reflète un équilibre d'idéologies rivales (bien que raisonnables), a examiné suffisamment toutes les informations utiles disponibles, et peut produire un projet approprié aux circonstances locales. Certains pays peuvent choisir de nommer un comité composé de plusieurs personnes qui peuvent remplir tous les critères et produire le projet. D'autres pays peuvent nommer une ou deux personnes seulement pour rédiger la législation, avec pour mandat de faire recours aux compétences d'autres personnes qui possèdent l'expertise pertinente et représentent différents intérêts pour s'assurer que les critères ci-dessus sont remplis. Un mélange de ces modèles est également possible.

Ces décisions dépendront de facteurs tels que la disponibilité de l'expertise, le coût des différentes approches par rapport aux fonds disponibles, et une évaluation de l'approche qui est susceptible d'être la plus efficace dans ce pays. L'étendue de la proposition de législation déterminera également la composition et l'ampleur de la consultation. Par exemple, un pays qui choisit d'avoir une législation complète couvrant toutes les questions pertinentes pour les personnes atteintes de troubles mentaux nécessitera des experts qui peuvent conseiller sur des aspects tels que le logement, l'emploi, les prestations sociales, le bien-être et la justice.

Dans la plupart des pays, l'organe de rédaction devra faire recours à l'expertise des catégories suivantes:

- un représentant du ministère de la santé, habituellement le professionnel en charge de la santé mentale, qui peut présider le comité, coordonner le processus ou agir comme secrétaire exécutif;
- des représentants des autres ministères impliqués (ex. : finances, éducation, emploi, logement, sécurité sociale et justice);
- des professionnels de la santé mentale;
- des juristes justifiant d'expertise en santé mentale et dans d'autres secteurs;
- des personnes (juristes ou autres) justifiant d'expertise en droits de l'homme;
- des représentants des usagers, des familles et des prestataires de soins;
- des organisations non-gouvernementales représentant les intérêts des personnes atteintes de troubles mentaux;
- des experts justifiant d'une expérience dans le travail avec les minorités et les autres groupes vulnérables (ex. : femmes, enfants et personnes âgées);
- des législateurs intéressés aux questions de santé mentale.

Malgré l'inclusivité proposée pour cette étape d'élaboration de la législation, le projet produit doit encore être soumis à plusieurs processus supplémentaires au moyen desquels des intervenants supplémentaires (ou les mêmes) auront l'occasion de faire des contributions et d'influer sur la législation finale (voir la sous-section 3.3 ci-dessous).

3.2 Nécessité de la consultation

Une fois la législation rédigée, elle doit être présentée pour consultation à tous les intervenants clés du domaine de la santé mentale. Par le biais du processus de consultation, les faiblesses potentielles de la proposition de législation peuvent être rectifiées, les conflits avec la législation existante et les pratiques coutumières locales aplanis, les questions qui ont été ignorées par inadvertance peuvent être ajoutées et les solutions aux difficultés pratiques de la mise en oeuvre trouvées.

Si elle est bien planifiée et menée systématiquement, la consultation a également le potentiel d'influer positivement sur l'adoption de la proposition de législation et sa mise en oeuvre, une fois promulguée. La consultation fournit l'occasion de sensibiliser le public aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux et à la prévention de ces troubles. Elle associe également la communauté et accroît par conséquent la visibilité du fardeau des troubles mentaux. Tous ces facteurs augmentent la probabilité de mise en oeuvre efficace de la législation une fois celle-ci promulguée.

3.3 Convoquer la consultation

Dans beaucoup de pays, il y a un processus de consultation statutaire et légèrement moins formel. Avant de soumettre la législation au pouvoir législatif, beaucoup de pays publient une copie du projet dans un organe officiel tel qu'un journal officiel. Il est ensuite donné au public un délai (ex. : trois mois) pour faire des observations. Toutes les observations reçues doivent être examinées avec soin et les changements appropriés faits. Toutefois, la consultation élargie devrait déjà avoir eu lieu à ce stade. Les paragraphes suivants traitent de cette étape non-statutaire du processus de consultation.

La consultation doit être menée avec les usagers des services de santé mentale, les familles des personnes atteintes de troubles mentaux, les organisations de sensibilisation, les ONG, les groupes professionnels, les organes et départements publics, les prestataires de services, les représentants communautaires et tout autre intervenant que la législation affectera directement ou indirectement. Beaucoup de ces groupes auront déjà été impliqués dans la rédaction initiale, bien que cette étape offre l'opportunité d'une plus large consultation. Chacun de ces groupes d'intérêt peut comporter beaucoup de sous-groupes qui peuvent avoir des perspectives nettement différentes. (Voir également *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Advocacy for Mental Health* (OMS, 2003b) (Plaidoyer en faveur de la santé mentale) à l'adresse: http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/).

Au sein du gouvernement, les ministères chargés de la santé, des services sociaux /sécurité sociale, de l'éducation, de l'emploi, de la justice, de la police, des services correctionnels, des finances, du logement (et peut-être d'autres ministères) sont impliqués et doivent être consultés. La division exacte des responsabilités entre les départements ministériels varie selon les pays. Dans certains pays, le département de la santé a compétence sur les aspects liés aux soins et au traitement de la législation proposée, tandis que les besoins en matière de réadaptation et de prévention peuvent être la responsabilité du département des services sociaux/sécurité sociale. Dans d'autres pays, toutes ces fonctions peuvent incomber au département de la santé. Quel que soit le cadre en place, la consultation avec les départements de la santé et des services sociaux est essentielle pour éviter les chevauchements, le double emploi ou les conflits. Le département des finances devra aussi être consulté, puisque la proposition de législation peut avoir des implications financières pour les prestataires de services publics et privés, et il pourrait y avoir des coûts dans la mise en place des agences de réglementation et de contrôle. L'appui et l'engagement de ce département vis-à-vis de la législation sont par conséquent cruciaux en vue d'assurer une dotation financière suffisante pour la mise en oeuvre efficace de la législation. De même, il faudra engager des consultations avec d'autres départements ministériels au sujet des articles de la législation qui les concernent.

Les groupes professionnels, y compris les psychiatres, infirmiers, psychologues, assistants sociaux de psychiatrie, thérapeutes, professionnels de la réadaptation et autres professionnels qui interagissent avec le système de santé mentale seront chargés au quotidien de la mise en oeuvre des dispositions de la législation sur la santé mentale. Il est possible que ces groupes identifient des difficultés spécifiques dans la mise en oeuvre du traitement et la pratique des soins. Il est par conséquent essentiel que leurs opinions soient prises en considération pendant la rédaction de la législation.

Les usagers sont les principaux bénéficiaires de la législation et leurs contributions et participation sont cruciales. Dans beaucoup de pays, les familles sont la plupart du temps les principaux prestataires de soins, et cette législation les intéressent donc directement. Il y a, parfois, une tension entre les groupes d'usagers et les groupes qui représentent les membres de famille des personnes atteintes de troubles mentaux dans leur orientation et leur position idéologique vis-à-vis du traitement et de la législation relatifs à la santé mentale. Il est important que le processus de consultation tienne compte de toutes les opinions à cet effet. Dans certains pays, surtout ceux où les groupes d'usagers et de défense des familles sont établis depuis un certain temps, et où l'éthique du respect de l'opinion du malade est ancrée, il est relativement facile d'obtenir des contributions utiles de ces groupes. Cependant, cela peut être une difficulté majeure dans beaucoup de pays. Les personnes atteintes de troubles mentaux se sentent

souvent complètement impuissantes, et beaucoup proviennent de communautés défavorisées où leurs opinions ne sont généralement pas recherchées. L'hégémonie des médecins et d'autres professionnels de santé est aussi souvent un obstacle à l'obtention de la perspective des usagers et des familles. L'opinion selon laquelle le "médecin sait ce qu'il y a de mieux" est extrêmement forte dans beaucoup de pays. Le processus d'obtention de l'opinion des usagers est donc souvent beaucoup plus compliqué que de demander simplement la contribution; il peut impliquer une formation intensive et un processus d'habilitation avant qu'un avis précieux puisse être recueilli. Il signifie aussi souvent aller vers les gens, plutôt que d'attendre que les gens viennent vous confier leur opinion.

Le processus de consultation doit également inclure les agences réglementaires qui seront impliquées dans la mise en oeuvre de la législation sur la santé mentale. Parmi eux figurent la police, les fonctionnaires pénitentiaires et les magistrats qui travaillent sur le terrain, et pas seulement le personnel national ou "du siège" qui peut ne pas être très étroitement en contact avec la réalité de tous les jours. Les représentants de groupes de minorités et d'autres groupes vulnérables doivent également être impliqués dans le processus de consultation.

D'autres groupes importants qui doivent être impliqués dans la consultation sont les politiciens, les législateurs et d'autres leaders d'opinion. Ces groupes peuvent jouer un rôle clé dans le processus subséquent d'adoption et de mise en oeuvre de la législation. Ils peuvent contribuer à sensibiliser aux questions de santé mentale, aider à identifier des difficultés potentielles dans la mise en oeuvre au niveau communautaire, et donner des suggestions pour des mesures correctives à l'étape de la rédaction. Rencontrer les législateurs peut aussi prévenir des désaccords possibles qui pourraient survenir plus tard au sein du pouvoir législatif, et permet aux rédacteurs de faire les modifications nécessaires à une étape précoce.

Exemples d'intervenants clés à inviter à la consultation sur la législation en santé mentale

- **Organes gouvernementaux, y compris les ministères suivants: santé, finances, affaires juridiques, éducation, emploi (travail), sécurité sociale, justice, police et services correctionnels et logement.**
- **Institutions académiques et organes professionnels représentant des professionnels tels que psychiatres, psychologues, assistants sociaux médicaux et de psychiatrie, ainsi qu'infirmiers de psychiatrie et autres professionnels en contact avec le système de santé mentale.**
- **Représentants de groupes d'usagers et représentants de familles et de prestataires de soins des personnes atteintes de troubles mentaux.**
- **ONG, y compris organisations de sensibilisation représentant les intérêts des personnes atteintes de troubles mentaux et leurs familles.**
- **Secteur privé et ONG fournissant des services de soins, de traitement et de réadaptation pour les personnes atteintes de troubles mentaux.**
- **Politiciens, législateurs et leaders d'opinion.**
- **Organes de maintien de l'ordre tels que la police et les fonctionnaires pénitentiaires.**
- **Autorités judiciaires, y compris avocats et représentants légaux.**
- **Autorités religieuses.**
- **Organisations représentant des minorités et d'autres groupes vulnérables (tels que les femmes et les enfants).**
- **Groupes communautaires plus larges, y compris groupes de défense des droits civiques et associations telles que syndicats d'employés, associations du personnel, groupes patronaux, associations de défense des droits des résidents, groupes religieux et congrégations de communautés particulières.**

Une législation sur la santé mentale qui vise à promouvoir les soins communautaires des personnes atteintes de troubles mentaux ne peut pas réussir sans la participation active de la société en général et de ceux qui sont affectés. Cette partie de la consultation peut présenter certains des plus grands défis. Les composantes communautaires sont diffuses et dispersées,

et probablement la manière la plus efficace de recueillir leurs opinions est de procéder par une approche large. Elle peut consister à poser des questions sur la santé mentale à différents types de groupes de défense des droits civiques, et à des associations telles que les syndicats d'employés, les associations du personnel, les groupes patronaux, les associations de défense des droits des résidents, les groupes religieux et les congrégations de communautés particulières. Cette méthode d'obtention de l'opinion communautaire peut produire des résultats plus spécifiques que la méthode plus globale d'une consultation publique nationale. La description générale de la "consultation publique" occulte très souvent le fait que la consultation se limite à la classe moyenne cultivée d'un pays qui s'exprime clairement, bien que les difficultés dues aux troubles mentaux se rencontrent plus souvent dans les couches défavorisées.

3.4 Processus et procédure pour la consultation

Il y a plusieurs processus de consultation qui permettent d'atteindre un certain nombre d'objectifs. Par exemple, on peut demander aux individus et groupes intéressés de faire des soumissions écrites; des consultations orales avec chacun des groupes susmentionnés peuvent être organisées, et différents groupes d'intérêt peuvent être regroupés. Ou il peut y avoir une combinaison de ces processus, telle qu'une soumission écrite suivie par des auditions, et les groupes thématiques peuvent être utilisés ou d'autres mécanismes créatifs employés. Bien qu'habituellement l'objectif fondamental de consultations soit d'entendre ce que les personnes ou groupes pensent et ressentent au sujet du projet de législation, cela peut être une opportunité pour les rédacteurs de parler aux intervenants, et pour les différents intervenants de discuter. La consultation peut servir à établir des positions de consensus entre des groupes ayant des perspectives différentes.

Les soumissions écrites ont l'avantage du temps et du coût, et fournissent un reflet public exact des opinions des intervenants. Organiser et traiter une consultation écrite est relativement moins coûteux en temps et moins cher que de tenir des auditions. Si on peut persuader les gens de répondre, on pourrait impliquer un plus grand nombre d'individus et de groupes. Les principaux inconvénients de ce processus sont l'absence d'opportunité de dialogue, et le fait que dans beaucoup de pays la grande majorité de la population est illettrée. Dans les doléances écrites, les participants présentent leur point de vue, mais les autres points de vue ne sont pas nécessairement présentés. Les possibilités d'établir un consensus et d'engager un changement d'attitude sont donc considérablement réduites. Les doléances écrites peuvent également exclure un pourcentage élevé des parties prenantes dont les opinions sont particulièrement importantes, tel que les pauvres et les défavorisés ou les minorités, puisqu'ils peuvent ne pas être capables de lire la proposition de législation ou de rédiger une réponse.

En outre, lorsque des réponses écrites sont reçues, il faut veiller spécialement à s'assurer que les réponses plus claires ou rédigées avec "élégance" ne soient prises plus au sérieux que celles qui sont mal formulées et présentées. À moins que ceux qui reçoivent les soumissions ne soient particulièrement informés des préjugés potentiels, ils peuvent considérer une réponse produite par ordinateur et imprimée comme étant plus importante qu'un manuscrit difficile à déchiffrer et à la grammaire incorrecte. Cette attitude peut contrecarrer certains des buts de la législation, tels qu'une plus grande équité dans les services pour les pauvres et l'habilitation des personnes atteintes d'incapacité. En outre, les soumissions écrites peuvent devenir la description d'un problème particulier auquel fait face un participant, alors que les questions de politique plus générales que la consultation essaie de soulever sont occultées. En ce qui concerne cette procédure longue et coûteuse, le mieux serait de faire connaître les opinions de tous les participants et de les encourager à répondre aux opinions divergeant des leurs.

La consultation écrite et la réponse écrite sont très importantes dans les interactions des différents groupes d'intérêt discutés ci-dessus avec les autorités gouvernementales. Une opinion écrite aide les départements ministériels à prendre position et à faire des engagements. Le processus de mise en oeuvre de la législation peut en être considérablement stimulé. Par exemple, la consultation avec le ministère des finances aidera ce ministère à identifier la nécessité de ressources supplémentaires pour la mise en oeuvre de la législation sur la santé mentale, et formalisera l'engagement à fournir ces ressources une fois la loi adoptée.

La consultation orale a l'avantage d'initier un dialogue entre les participants, ce qui en fait une méthode plus utile pour former et changer les opinions. Cette forme de consultation implique également la discussion et le débat, ce qui permet une exploration plus profonde des questions et accroît les chances de parvenir au consensus. Parfois les intervenants n'ont pas toutes les informations qui ont aidé à formuler certaines décisions prises pendant le processus de rédaction, et les discussions orales peuvent permettre de communiquer toutes les informations utiles. Les consultations orales fournissent également l'occasion d'expliquer le projet de législation à des personnes illettrées ou à des personnes comprenant difficilement le libellé de la législation et de recueillir leur avis sur le projet.

Les méthodes de consultation écrite et orale ont leurs avantages et leurs inconvénients, ce qui fait que l'idéal est un mélange des deux. Le processus de consultation peut commencer en sollicitant les opinions par écrit d'individus et de groupes intéressés. Ces opinions peuvent être traitées et les individus et groupes dont les réponses nécessitent une discussion et une délibération supplémentaires peuvent être invités pour des consultations orales. En même temps, pour garder tous les intervenants impliqués dans le processus de consultation, un résumé de la soumission écrite sur les questions clés, ainsi que l'orientation générale des délibérations orales, peuvent être diffusés dans les médias et mis à disposition sur demande. Les parties intéressées peuvent de nouveau être invitées à faire des soumissions à cette étape.

Dans la plupart des pays, la législation sur la santé mentale fait partie d'un processus de destruction de certains des préjugés les plus profondément enracinés dans la société. On peut le faire non seulement au moyen du "produit" (c.-à-d. la législation produite), mais également par le biais du "processus". Le processus de consultation sur le projet de législation sur la santé mentale fournit l'occasion de reconnaître et de faire face aux préjugés.

Exemple: Processus de consultation en République de Corée

Le Département de Santé mentale du Ministère de la Santé et du Bien-être a proposé des amendements à la Loi sur la santé mentale qui créeront des centres communautaires de santé mentale en vue de promouvoir plus de réadaptation à base communautaire. Les centres effectueront la prévention sanitaire, l'identification des nouveaux malades, le conseil et le traitement, ainsi que la coordination des ressources communautaires pour l'amélioration de la santé mentale. Des auditions publiques ont été organisées et certains professionnels qui exploitaient des établissements de réadaptation ont exprimé leur opposition à la nouvelle proposition de législation. Ils estimaient que leur rôle serait sapé par les nouveaux centres communautaires de santé mentale. Cependant, les usagers et les membres de famille ont appuyé le nouveau rôle des centres communautaires de santé mentale. Suite à une audition et à une prise en considération complètes des points de vue incompatibles, il a été décidé de continuer avec la législation visant à créer des centres communautaires de santé mentale.

(Communication personnelle du Dr Tae-Yeon Hwang, Directeur du Département de Réadaptation psychiatrique et de Santé mentale communautaire, Centre collaborateur de l'OMS pour la réadaptation psychiatrique et la santé mentale communautaire, Hôpital psychiatrique de Yongin)

Le processus de consultation variera d'un pays à un autre. Cependant, il y a des principes qui peuvent guider les pays dans cet effort. Il convient également de se rappeler que beaucoup de pays ont une étape réglementaire pour les "commentaires du public", lorsque des observations supplémentaires peuvent être faites avant que le projet ne soit examiné par le pouvoir législatif (voir la sous-section 4.1 ci-dessous). En outre, le pouvoir législatif lui-même peut solliciter des soumissions écrites ou orales.

Exemple: Rédiger la loi au Chili

Etablir le consensus et susciter la volonté politique

La Déclaration de Caracas (1990) a eu une forte influence au Chili, mettant en place un processus d'analyse et de réflexion sur les politiques et les services de santé mentale qui opèrent dans le système de santé publique (un système qui couvre entre 60% et 70% de la population et possède les quatre hôpitaux psychiatriques qui fonctionnent au Chili). Le pays était en train de revenir à la démocratie après 17 années de dictature. La population était sensible aux questions sociales et de violations des droits de l'homme (ex. : meurtre, disparitions, prison, camps de concentration, torture, exil), bien que n'étant pas spécifiquement informée des droits humains des personnes atteintes de problèmes mentaux. Les premiers plans et politiques nationaux de santé mentale, qui ont été formulés avec la participation de plus de 100 professionnels de santé mentale et approuvés par le Ministre de la Santé en 1993, comprenaient des aspects relatifs aux droits humains des personnes qui utilisent les services psychiatriques, et ont établi la nécessité d'améliorer les lois en vue de protéger les droits des malades.

Rédaction et consultation

En 1995, l'Unité de santé mentale du Ministère de la Santé a créé un groupe spécial composé de psychiatres, d'infirmiers, de psychologues, de juristes et d'autres professionnels, avec pour objectif de rédiger une loi sur la santé mentale. Prenant en compte les réalités sociales et économiques, le groupe spécial a décidé que la protection des droits des personnes placées recevait la priorité, et pour ce faire, il fallait changer la réglementation publiée en 1927. Ce changement nécessitait un décret signé par le Président du Chili et le Ministre de la Santé, évitant ainsi un processus plus long au Parlement (semblable à la clause du "pouvoir de surmonter les difficultés" de la loi indienne sur la santé mentale - voir la sous-section 3.1). En 1996, un premier projet a été envoyé pour consultation aux professionnels de santé mentale dans toutes les régions du pays, et à l'organisation nationale des familles et amis des personnes atteintes d'incapacité mentale (à l'époque il n'y avait pas de groupes d'usagers au Chili). Une étape majeure dans le processus était de convaincre beaucoup de professionnels de santé mentale que les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent donner le consentement en connaissance de cause pour le traitement la plupart du temps, et que la pratique, courante dans le pays à l'époque, de membres de famille donnant le consentement au nom de leur parent atteint de troubles mentaux, devait être changée.

(Communication personnelle du Dr Alberto Minoletti, Ministère de la Santé du Chili)

Le groupe, organe ou individu(s) chargé de rédiger la législation doit s'assurer que le processus de consultation est complet, juste et ouvert. Pour y parvenir, il lui faut des ressources humaines et financières. Certains pays peuvent recourir aux départements ministériels (probablement le ministère de la santé) ou aux organes chargés de l'élaboration de la politique de santé mentale (s'ils ne se trouvent pas dans le même ministère) pour coordonner ou appuyer le processus. Dans les pays dotés d'une commission législative ou d'une structure semblable, les ressources pour la consultation peuvent déjà avoir été allouées dans les budgets de ces organes pour la consultation.

À la fin de la phase consultative, il est utile pour l'organe de rédaction de publier un rapport sur les suggestions, objections et questions reçues pendant le processus de consultation, et la réponse de l'organe de rédaction. Les articles de la proposition de législation qui ont reçu des objections de fond nécessitent une attention particulière. Comme mesure de bonnes pratiques, il est recommandé que l'organe de rédaction donne une réponse détaillée à toutes les objections de fond qu'il n'accepte pas et les raisons pour lesquelles, à son avis, les modifications, altérations ou changements à la proposition de législation ne sont pas nécessaires.

3.5 Langage de la législation

Une fois la période de consultation achevée, les rédacteurs devront préparer la législation pour soumission à l'organe compétent. Ce processus nécessite d'habitude un expert en rédaction juridique qui maîtrise le style et les normes de législation du pays.

En outre, les lois sur la santé mentale doivent être écrites, autant que possible, d'une manière facilement accessible aux nombreuses personnes qui peuvent avoir besoin de les lire et de les comprendre. Dans beaucoup de traditions juridiques du passé, on pensait que la loi était écrite pour les experts juridiques et que le jargon juridique et les termes latins (quelle que soit la langue dans laquelle la loi était rédigée) devaient être utilisés. Cette croyance a fait en sorte que les professionnels de santé mentale et le public affecté éprouvent d'énormes difficultés à la comprendre. La loi sur la santé mentale doit donc être écrite aussi simplement que possible (sans simplifier à l'extrême des dispositions importantes), et dans un langage destiné au grand public plutôt qu'aux experts juridiques.

Les pays ont généralement des politiques sur le(s) langage(s) et le nombre de langues dans lesquelles la législation doit être produite. La loi sur la santé mentale suivra cette norme nationale.

Rédiger la législation sur la santé mentale: les points essentiels

- La plupart des pays ont des structures et des processus bien établis qu'il faut suivre pour élaborer la législation. Néanmoins, la cellule de santé mentale du ministère de la santé peut jouer un rôle de facilitation important dans le processus de rédaction.
- Le processus de rédaction doit bénéficier d'une expertise considérable et suffisante pour s'assurer qu'une législation utile et significative est produite.
- Le champ d'application envisagé de la législation influera sur les participants, mais d'une manière générale, l'expertise professionnelle et non-professionnelle doit être incluse.
- Une fois un projet achevé, il doit subir un large examen au moyen d'une consultation avec tous les intervenants clés.
- Les formes de consultation peuvent varier, et les pays peuvent employer différents moyens pour obtenir des contributions et une discussion maximales. Néanmoins, un processus fixé dans le temps qui comprend les trois étapes ci-dessous est utile à suivre:
 1. Publication du projet de document dans les médias écrits et électroniques du pays, et sollicitation des réponses du grand public
 2. Sollicitation de réponses écrites de tous les intervenants clés
 3. Organisation de réunions régionales et nationales publiques en vue d'analyser, discuter et négocier les objections ou suggestions les plus fréquentes et les plus importantes sur la législation rédigée
- Il faudra des ressources humaines et financières suffisantes pour que le processus de consultation soit complet, juste et ouvert.
- À la fin du processus de consultation, il est utile pour l'organe de rédaction de publier un rapport sur les suggestions, objections et questions reçues pendant le processus de consultation, et la réponse de l'organe de rédaction.
- Les lois sur la santé mentale doivent être écrites, autant que possible, d'une manière compréhensible du grand public.

4. Adoption de la législation

Après la révision de la nouvelle loi sur la base des commentaires reçus pendant le processus de consultation, la législation est soumise à l'organe chargé de voter les lois. Cette étape risque d'être très longue; c'est aussi l'étape pendant laquelle la législation proposée peut s'enliser dans des détails techniques. Il faut persuader les politiciens et les membres clés des pouvoirs exécutif et législatif de la nécessité absolue d'une nouvelle législation sur la santé mentale, et par conséquent de la nécessité de consacrer suffisamment de temps législatif à ce processus. Bien que l'appui du gouvernement en faveur d'une nouvelle loi soit (habituellement) obtenu avant la formation de l'organe de rédaction, une fois que le document final est prêt à être envoyé au pouvoir législatif, d'autres priorités politiques peuvent émerger et prendre la préséance, entraînant des retards dans le processus, puisque dans beaucoup de pays la santé mentale ne reçoit pas la priorité qu'elle mérite.

4.1 Processus législatif

Le processus législatif pour l'adoption de nouvelles lois varie selon les pays, selon les traditions juridiques et les systèmes politiques. Les paragraphes ci-dessous décrivent le processus général et les difficultés qui peuvent survenir à différentes étapes.

4.1.1 Responsabilité pour l'adoption de la législation

Le Parlement ou un organe législatif souverain est l'ultime responsable de l'adoption de la législation dans la plupart des pays. Dans certains pays, le parlement national peut être l'unique organe législatif, tandis que dans d'autres pays dotés d'une constitution "fédérale", les "Etats" ou les "provinces" du pays peuvent être autorisés à adopter des lois en plus du pouvoir législatif national. Dans les Etats fédéraux, les pouvoirs législatifs des différents domaines sont divisés entre la fédération et ses Etats constitutifs. En fonction de la juridiction localement déterminée, les lois portant sur la santé, ou les lois qui concernent la santé mentale, peuvent relever de la responsabilité nationale ou régionale. Dans certains pays, il peut y avoir des lois nationales qui couvrent des principes et des objectifs globaux, les lois des Etats/districts/provinces fournissant plus de détail sur différentes dispositions et leur application. Dans ces cas, ces dernières lois doivent suivre les principes clés qui sont définis dans la loi nationale sur la santé mentale.

Alors que pour la plupart des pays une loi doit être votée au niveau du pouvoir législatif et promulguée avant qu'elle puisse être exécutoire, les constitutions de certains pays permettent d'appliquer immédiatement les modifications effectuées aux lois au moyen d'une ordonnance administrative émise par le gouvernement. Cependant, le parlement devra ratifier cette ordonnance par la suite dans un délai spécifié. Si elle n'est pas ratifiée, l'ordonnance cesse d'être exécutoire et la loi précédente s'applique. Une telle disposition peut parfois se révéler utile lorsqu'on veut faire appliquer rapidement une loi sur la santé mentale pendant que la proposition de législation fait son chemin tout au long du processus législatif formel. Cette méthode comporte également des avantages possibles pour ce qui est d'identifier les difficultés que pourrait susciter l'application de la proposition de législation, puisqu'elle permet de faire des amendements pendant le processus législatif, sur la base de l'expérience pratique.

4.1.2 Débat et adoption du projet de législation

Beaucoup d'organes législatifs ont des sous-commissions qui examinent avec soin la législation avant qu'elle ne soit présentée à l'organe législatif principal. Ces comités souhaitent souvent recevoir des avis de différentes perspectives pour les aider à prendre leurs décisions. Ils peuvent organiser des auditions publiques, solliciter des avis spécifiques ou demander l'éclaircissement de différents aspects de la loi.

L'étape du débat et de l'adoption du processus législatif peut être long et nécessiter beaucoup de travail. Pendant cette étape, les législateurs peuvent proposer des amendements au projet de législation. Ceux qui sont chargés de piloter la législation à travers l'organe de législation

souverain devront suivre activement les amendements proposés et répondre aux éventuelles questions. Enfin, la décision d'inclure ou de rejeter les propositions d'amendement est la prérogative de l'organe souverain, mais ceux qui sont chargés de soumettre la législation devront éclairer considérablement les législateurs sur les effets des amendements proposés, avec des recommandations pour l'acceptation ou le rejet.

Après avoir examiné la législation et apporté les amendements, l'organe législatif (qui peut être constitué de plus d'un niveau ou chambre) adoptera ou rejettera alors la législation.

4.1.3 Adoption, promulgation et publication de la nouvelle législation

Le but de cette étape du processus législatif est de faire connaître publiquement la législation adoptée, et de l'annoncer officiellement. En règle générale, la législation ne peut pas entrer en vigueur sans publication officielle, et avant que les citoyens et les autres parties concernées n'aient eu le temps de bien la connaître. Les termes utilisés ici, tels que "approbation", "publication" et "promulgation", peuvent différer selon les pays, mais les fonctions sont assez générales et les pays devront identifier leurs équivalents si une terminologie différente est utilisée.

L'approbation de la loi adoptée est la prérogative du chef de l'Etat. D'habitude, le chef de l'Etat signe le texte officiel de la loi et cet acte signifie l'approbation légale (ex. : Allemagne, Lituanie, Pologne, Espagne et États-Unis).

La *promulgation* signifie l'annonce officielle de la loi adoptée par la publication d'une Loi spéciale, par exemple, un arrêté sur la publication officielle de la loi. D'habitude, le gouvernement promulgue des actes de législation.

La *publication* signifie l'impression du texte de loi dans une publication officielle du gouvernement. C'est une étape nécessaire avant l'entrée en vigueur de la loi adoptée. Dans beaucoup de pays, il y a des sources officielles pour les textes entiers et authentiques des lois (par exemple la Collection de Législation de la Fédération de Russie, la Revue des Lois de la République polonaise, le Journal officiel de la République d'Estonie, le Bundesgesetzblatt de l'Allemagne).

D'habitude, la constitution ou une autre exigence légale stipule une période de temps après la publication avant que la nouvelle loi puisse entrer en vigueur (15 jours en Italie, 20 jours au Japon, et 10 jours dans la Fédération de Russie). Quelquefois, cette date peut figurer dans le texte de loi lui-même. Cette préparation est vitale pour permettre aux citoyens et à d'autres parties intéressées de se familiariser avec le texte ainsi que pour prendre des dispositions organisationnelles, si nécessaire, en vue de l'application de la loi. Dans certains pays, la loi n'entre en vigueur qu'à une date fixée par le chef de l'Etat par proclamation dans la publication officielle appropriée. Cette disposition comporte des avantages, puisqu'elle permet un processus de préparation basé sur le fait qu'aucun autre changement ou amendement n'aura lieu.

Des retards peuvent se produire à toutes les étapes, de l'approbation à la promulgation et à la publication, et les instances chargées de faire avancer la loi devront faire le suivi auprès des autorités pertinentes pour s'assurer que la législation que l'organe souverain adopte sera réellement incluse dans les codes de loi et deviendra ainsi légalement exécutoire.

4.2 Actions essentielles pendant l'adoption de la législation

4.2.1 Mobiliser l'opinion publique

Exemple: Adopter la législation en Chine

Difficultés dans le processus d'adoption de la législation

Le processus de rédaction de la loi sur la santé mentale en Chine a duré plus de 16 années. Le projet actuel (13^{ème} version) comporte des articles qui protègent les droits civiques, y compris l'emploi et l'éducation des personnes atteintes de troubles mentaux, le consentement en connaissance de cause, la confidentialité, le placement et le traitement volontaire et d'office; la réadaptation et les services de santé mentale à base communautaire; la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux.

Cependant, l'adoption de la législation rencontre quelques difficultés. Premièrement, beaucoup d'intervenants considèrent la législation sur la santé mentale uniquement comme une législation sur " les soins et le traitement", limitée à la prestation de services à base institutionnelle. Deuxièmement, les professionnels et le système de santé en général ont tendance à résister au changement d'un système familial. Troisièmement, beaucoup de professionnels craignent que l'adoption de la nouvelle législation n'augmente la probabilité que les malades et les parents les tiennent responsables des échecs du système. C'est pourquoi les professionnels tels que les psychiatres et les infirmiers, qui pourraient être potentiellement les partisans les plus enthousiastes de la nouvelle législation, restent indifférents à la question.

Des efforts ont été faits pour accélérer le processus d'adoption de la législation sur la santé mentale, notamment l'organisation de plus d'enquêtes et de recherche, l'identification des principaux troubles et barrières pour la santé mentale du pays, l'étude des composantes de législation des pays socialement et culturellement semblables à la Chine, et l'établissement du consensus pour le changement.

(Communication personnelle du Dr Bin Xie, consultant, Ministère de la Santé, Beijing)

La mobilisation de l'opinion publique revêt une importance cruciale pour ce qui est d'encourager les législateurs à débattre et adopter la proposition de législation sur la santé mentale. Il faut commencer le plus tôt possible à s'assurer l'appui de l'opinion – idéalement pendant le processus de consultation de l'étape précédente. La consultation fournit l'occasion de sensibiliser le public aux sujets inclus dans la proposition de législation, et doit par conséquent être poursuivie pendant cette étape. Les stratégies médiatiques peuvent être utiles à cet effet, et les professionnels en charge de la santé mentale au ministère de la santé peuvent fournir aux journalistes des informations pour les nouvelles, les rapports et les interviews. Des ateliers et séminaires pour les groupes et organisations clés doivent être organisés, et au cours de ceux-ci les principales composantes de la nouvelle législation peuvent être expliquées et discutées.

Les groupes de sensibilisation sur la santé mentale peuvent jouer un rôle actif dans ces activités. L'élaboration d'une nouvelle loi est une opportunité précieuse d'habiliter ces organisations dans leur lutte contre la marginalisation et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux. Ainsi une législation sur la santé mentale qui vise à permettre aux personnes atteintes de troubles mentaux de mener une vie normale dans la communauté, peut bien devenir un vecteur pour éduquer, influencer sur les attitudes sociales et faciliter le changement social.

4.2.2 Faire pression sur les membres des pouvoirs exécutif et législatif

Une autre activité importante en vue de stimuler le processus d'adoption de la législation sur la santé mentale consiste à faire pression sur les membres des pouvoirs exécutif et législatif. Les membres du pouvoir législatif doivent être informés des lacunes de la législation existante pour la santé mentale ou des implications et conséquences négatives découlant du fait de ne pas

avoir de législation sur la santé mentale. Ils doivent comprendre les besoins sociaux qui ont incité à l'élaboration de la proposition de loi, les principales idées sur lesquelles repose le projet, la probabilité que la future législation résoudra des problèmes qui existent dans le domaine de la santé mentale, et d'autres questions pertinentes pour la législation.

Les instances en charge de la santé mentale au ministère de la santé doivent organiser des réunions fréquentes avec les membres clés de ces institutions ainsi qu'avec les politiciens émanant de tous les partis politiques. Il est utile de leur envoyer périodiquement des documents contenant des informations sur les faits et les meilleures pratiques relatifs à la santé mentale, et demander leur opinion sur les initiatives politiques et législatives. Faire pression est essentiel pendant le processus législatif tout entier et particulièrement pendant la phase d'adoption – en vue de s'assurer que la proposition de loi est envoyée à l'instance législative et qu'elle transite par les différentes étapes de l'analyse, de la discussion et de la promulgation.

Adopter la législation sur la santé mentale: les points essentiels

- Le Parlement ou un organe législatif souverain est l'ultime responsable de l'adoption de la législation.
- Dans certains pays, les lois sur la santé mentale relèvent de la responsabilité d'un "Etat" ou d'une "province", tandis que dans d'autres il y a une loi nationale sur la santé mentale. Les lois des Etats doivent toujours suivre les principes de la loi nationale lorsque les deux s'appliquent.
- Dans certains pays, les lois peuvent être promulguées par ordonnance administrative, et elles doivent être ratifiées plus tard par le parlement ou l'organe de formulation de la législation.
- Beaucoup de législatures ont des sous-commissions qui discutent la législation et reçoivent les avis du public avant que le projet de loi ne soit soumis à une séance plénière du pouvoir législatif.
- Pendant le débat sur une loi, des amendements peuvent être proposés et adoptés. Pour le faire efficacement, les législateurs doivent être pleinement informés de toutes les implications des changements.
- Une fois qu'une loi est adoptée par le pouvoir législatif, d'autres étapes sont requises: l'approbation (le chef de l'Etat signe le texte); la promulgation (annonce officielle de la loi adoptée); et la publication (impression du texte dans les textes de lois officiels du gouvernement).
- Pendant l'adoption de la législation, il est important de mobiliser l'opinion publique et les médias pour la sensibilisation en faveur de l'adoption du projet de loi et l'information du public sur les questions, les changements et les opportunités que permet la législation.
- Il faut faire pression sur les membres des pouvoirs exécutif et législatif à toutes les étapes du processus législatif, et en particulier à l'étape de l'adoption, afin de s'assurer que la législation, avec tout son potentiel pour l'amélioration de la vie des gens, est réellement adoptée.

5. Mettre en application la législation sur la santé mentale

Le processus qui mène à l'application commence idéalement au point de conception de la législation sur la santé mentale. Beaucoup de difficultés d'application peuvent être identifiées, et des mesures correctives prises, pendant la phase de rédaction et de consultation de la proposition de législation. La complexité de la législation moderne sur la santé mentale complique davantage son application pratique. Souvent on accorde beaucoup d'attention à la rédaction et au processus législatif, alors que très peu est fait en matière de travail préparatoire pour l'application jusqu'après la promulgation de la législation.

L'expérience de beaucoup de pays montre que "la loi dans les livres" et "la loi dans la pratique" diffèrent assez souvent. Les problèmes d'application tendent à survenir non seulement dans les pays sans tradition de loi sur la santé mentale, mais également dans les pays où une telle loi existe.

Une fois la législation adoptée au moyen du processus législatif, une courte période précède souvent la promulgation de la législation. Cette période est cruciale, car elle permet de mettre en place les procédures, d'installer l'organe de révision, d'effectuer la formation et de s'assurer que toutes les parties prenantes sont prêtes à appliquer la législation une fois qu'elle est promulguée. Dans les pays où une réglementation accompagne la législation, celle-ci doit également être finalisée et signée avant la promulgation de la législation.

Dans certains pays, on peut décider, après l'adoption de la loi, de laisser courir une période avant l'application, ce qui donne aux autorités le temps de mettre en place l'infrastructure nécessaire en vue d'appliquer la loi.

5.1 Importance et rôle des organes chargés de l'application

Comme avec la rédaction de la législation, la responsabilité du contrôle de l'application peut prendre de nombreuses formes. En outre, différents groupes peuvent assumer et contrôler différentes fonctions de la législation. Par exemple, si (comme recommandé au chapitre 2) un organe de réglementation et de supervision a été créé, il est probable qu'il sera contraint, en vertu de ses fonctions, de contrôler certaines exigences législatives. Par exemple, il peut être demandé aux organes de réglementation ou de contrôle d'effectuer des inspections régulières des services pour s'assurer que les droits des malades sont protégés. Ils peuvent également avoir à entendre les plaintes et contrôler les traitements portant sur l'intégralité du malade et irréversibles (voir le chapitre 2, section 13).

Par le biais de ces responsabilités, ils pourront déterminer si les différentes dispositions législatives sont appliquées. Si ces organes de révision rendent compte directement au ministre responsable, celui-ci peut être tenu informé de l'ampleur et de l'efficacité de l'application. Ceci ne doit cependant pas empêcher le gouvernement de fixer les normes et les indicateurs en vue de déterminer si les dispositions de la législation sont appliquées. Ces dispositions doivent être suivies et évaluées, et les étapes nécessaires prises si la législation n'est pas appliquée.

Exemple: Commission de surveillance de la loi créée au Portugal

Au Portugal, la législation sur la santé mentale exige la création d'une commission dont la tâche est de "recueillir et analyser les informations relatives à l'application de la ... loi" et de "proposer au Gouvernement les mesures jugées nécessaires pour l'application de la présente Loi". Cette approche formalise le contrôle de la législation dans la Loi elle-même, et permet de s'assurer qu'un processus constant d'évaluation et de rétro-information est mis en œuvre. La composition de la commission permet de s'assurer que les droits législatifs des usagers et des familles sont examinés à travers la nomination légale à la commission de représentants de ces groupes.

(Communication personnelle du Dr J.M. Caldas de Almeida, Conseiller régional de l'OMS pour la Région des Amériques, 2003)

Quelle que soit l'instance de surveillance créée ou l'organe à qui cette fonction est assignée, elle doit avoir un calendrier fixé, des cibles mesurables et les pouvoirs administratifs et financiers nécessaires en vue d'assurer l'application efficace et rapide. L'instance peut avoir besoin du mandat, de l'autorité et des ressources financières requises pour, par exemple:

- élaborer des règles et des procédures pour l'application;
- préparer des instruments de documentation normalisés pour l'enregistrement et le contrôle de l'application;
- assurer un processus approprié de formation des professionnels de la santé mentale, en introduisant des procédures de certification si nécessaire;
- résoudre les problèmes liés aux ressources humaines, par exemple en habilitant les professionnels de santé mentale non-médecins (infirmiers, aide-soignants, psychologues, assistants sociaux de psychiatrie) à agir comme spécialistes dans certaines situations, après

- une formation et une supervision appropriées; et
- contrôler l'application.

La visite des établissements de santé mentale en vue de contrôler l'application de la loi constitue une protection précieuse contre la détention d'office injustifiée et la limitation des droits des malades. Ces comités de visite peuvent contrôler l'état des établissements de santé mentale, s'assurer que les pratiques de traitement et de soins ne violent pas les droits des personnes atteintes de troubles mentaux, et s'assurer que les établissements de santé mentale appliquent les garanties contenues dans la législation.

En outre, l'application rapide et efficace des procédures de plaintes doit être suivie, comme prévu dans la législation. En particulier, les services de santé mentale doivent faire connaître aux usagers et à leurs familles leurs droits tels qu'ils sont consignés dans la législation sur la santé mentale, et les moyens à leur disposition pour recourir aux procédures de plaintes en vue d'obtenir réparation pour leurs griefs, le cas échéant.

Malgré ces dispositions importantes prévoyant la mise en place d'organes de supervision, la protection des personnes atteintes de troubles mentaux n'en est pas pour autant garantie. Beaucoup de pays sont dotés de tels organes, mais les abus des droits de l'homme persistent. Il convient de se rappeler toujours que la législation prévoit le recours devant les tribunaux, et que ce recours doit être utilisé si nécessaire. La législation comprend généralement une section sur les sanctions pour infractions, et tout citoyen ou organisation a le droit de porter des cas de violation de la législation à l'attention des procureurs ou d'autres fonctionnaires responsables dans le système judiciaire pénal (voir le chapitre 2, section 18).

Exemple: La Commission nationale prend des mesures actives pour protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux au Chili

Au titre de la réforme générale du secteur de la santé au Chili, une nouvelle charte des droits des malades a été introduite et a contribué à faciliter l'application de mesures visant à protéger et promouvoir les droits des personnes atteintes de troubles mentaux. Une Commission nationale pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale, avec la participation des usagers et des familles, a démarré ses activités en mars 2001. Un processus d'éducation des agents de santé mentale sur les droits des personnes atteintes de troubles mentaux placés dans les établissements psychiatriques a commencé dans le pays, avec des résultats positifs. La pratique courante de la psychochirurgie pour les troubles mentaux associés à un comportement violent a été efficacement interrompue dans le pays, les violations de droits de l'homme dans certains établissements psychiatriques font l'objet d'enquêtes et les personnes atteintes de troubles mentaux et leurs familles ont pu faire valoir leurs difficultés sur l'accès au traitement et à la réadaptation. Comme exemple de l'efficacité de la Commission, avant sa création la psychochirurgie était pratiquée en moyenne chaque année sur 40 malades pour troubles mentaux graves associés à un comportement agressif. Au cours des deux années et demi suivant sa création, il a été demandé à la Commission de n'évaluer que 11 candidats pour la psychochirurgie et toutes les demandes ont été rejetées, puisque d'autres interventions plus appropriées et comportant moins de risques pour le malade étaient disponibles.

(Communication personnelle du Dr A. Minoletti, Ministère de la Santé, Chili, 2002)

5.2 Diffusion et formation

Le grand public ainsi que les professionnels, les personnes atteintes de troubles mentaux, les familles des personnes atteintes de troubles mentaux et les organisations de sensibilisation qui travaillent en leur nom sont fréquemment mal informés sur les changements qu'apporte une nouvelle législation. Dans certains cas, ils peuvent être bien informés des changements, mais restent sceptiques sur les raisons de ces changements et par conséquent n'agissent pas dans le sens de la loi. Il en est ainsi, particulièrement lorsque la législation sur la santé mentale exige des changements considérables à leurs pratiques coutumières liées à la santé mentale.

5.2.1 Education et sensibilisation du public

Les valeurs culturelles et sociales, les croyances, les attitudes et les traditions d'une société particulière influent sur les attitudes relatives à la santé mentale, aux troubles mentaux et aux personnes qui les connaissent. La stigmatisation, les mythes et les fausses idées associés aux troubles mentaux mènent à la discrimination et à la limitation des droits de l'homme, et peuvent représenter des obstacles à l'application efficace de la législation orientée vers les droits de l'homme. Par conséquent, changer les attitudes du public constitue une composante importante dans l'application de la législation sur la santé mentale.

La diffusion d'informations sur la santé mentale, y compris les informations portant sur les droits prévus dans la nouvelle législation, peut contribuer à changer les attitudes du public vis-à-vis des personnes atteintes de troubles mentaux. Les programmes de sensibilisation du public doivent mettre en lumière des dispositions particulières de la législation et donner des explications pour leur inclusion, par exemple sur la raison pour laquelle les articles sur l'accès aux soins de santé mentale et la protection des droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux ont été incluses. Les médias peuvent jouer un rôle utile dans ce processus. Ils peuvent relever l'importance du respect des droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux et aider à éduquer le public sur les progrès dans le traitement des troubles mentaux, en particulier l'efficacité de programmes de réadaptation à base communautaire.

5.2.2 Usagers, familles et organisations de sensibilisation

Il est nécessaire d'éduquer, d'informer et de former les usagers des services de santé mentale, leurs membres de famille et les organisations de sensibilisation. Il est crucial pour ces individus et/ou groupes de savoir ce que dit la législation, et, spécifiquement, de connaître leurs droits tels qu'ils sont stipulés dans la législation. L'importance d'impliquer les ONG des usagers et de leurs familles dans les activités par le biais du processus tout entier de la rédaction, de la consultation et de l'adoption de la législation sur la santé mentale a été relevée dans ce chapitre. Néanmoins, ce ne sont pas tous les usagers ou membres de famille qui prendront part à ces processus et auront besoin d'être informés, même après l'adoption de la loi. Les organisations représentant les usagers et les membres de famille ainsi que les organisations de sensibilisation peuvent également être impliquées dans les programmes de sensibilisation. Dans les pays où les organisations d'usagers et de familles ne sont pas bien implantées, ou ont des ressources financières insuffisantes pour diffuser les informations, il faudra trouver des mécanismes pour diffuser le plus largement possible les informations (pour des détails supplémentaires, voir le Module *Advocacy for Mental Health* (WHO 2003b)) (Plaidoyer en faveur de la santé mentale) à l'adresse:

http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/

Exemple: Utiliser les services de plaidoyer pour une application efficace en Autriche

Un service de plaidoyer pour les malades doté de fonctions générales a été mis en oeuvre en Autriche. Ce service s'occupe de la représentation légale au tribunal des malades admis dans les hôpitaux psychiatriques. Le service fournit également conseils et informations sur les droits des malades à tous les malades ainsi qu'à leurs familles et amis et aux personnes intéressées en général. Deux organismes à but non lucratif dirigent le service, sous la supervision du Ministère fédéral autrichien de la Justice. Les organisations sont responsables de la formation, de l'orientation et de la supervision des avocats des malades. Les services des avocats des malades sont confidentiels et gratuits pour tous les malades. Pour tous les malades admis d'office, un avocat est automatiquement désigné.

(Beermann, 2000)

5.2.3 Santé mentale, santé et autres professionnels

Pour une application efficace de la législation sur la santé mentale, il est extrêmement important que les professionnels de santé et les autres professionnels aient une connaissance approfondie de la législation sur la santé mentale. Il est par conséquent nécessaire d'encourager la formation spéciale des professionnels et du personnel de santé mentale et de santé en général, des organes de maintien de l'ordre (police et appareil judiciaire), des avocats, des assistants sociaux, des enseignants et des administrateurs des ressources humaines, entre autres. Des forums conjoints pour la formation, où les professionnels des disciplines sanitaires et d'autres disciplines peuvent discuter, peuvent permettre de mieux comprendre la santé mentale et les troubles mentaux, les droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux et le langage commun utilisé par tous ceux qui sont en contact avec les personnes atteintes de troubles mentaux. Les questions concernant les droits au traitement et aux soins, y compris les procédures correctes pour le placement et le traitement non volontaires revêtent une importance particulière pour la formation des professionnels et du personnel de santé et de santé mentale.

Quel que soit le soin pris à élaborer une législation, il y a invariablement des clauses qui peuvent être ambiguës ou dont l'intention et les implications ne sont pas pleinement comprises. La formation peut permettre d'explorer entièrement chaque clause de la législation et de discuter exhaustivement sa signification et ses implications.

Exemple: Formation pour l'application de la législation sur la santé mentale en Afrique du Sud

Dans la formation pour l'application de la Loi de 2002 sur les soins de santé mentale en Afrique du Sud, de courtes clauses telles que "l'environnement le moins restrictif" et "dans le meilleur intérêt des usagers" ont suscité de nombreuses heures de débat sur leur implication dans différents environnements et scénarios. Les participants étaient d'avis que sans formation et sans insistance spécifique du formateur sur les implications de ces clauses, leur importance passera très probablement inaperçue, et les raisons de leur inclusion seront par conséquent perdues dans l'application.

(Correspondance personnelle avec M. Freeman, Ministère de la Santé, Afrique du Sud, 2003)

5.2.4 Elaboration de matériels d'information et d'orientation

Un guide (ou des livres) peut être élaboré pour fournir des informations qui seront importantes pour différents acteurs tels que les praticiens de la santé, les malades et les membres de famille. Ce guide peut donner des informations particulières sur des aspects de la législation qui peuvent être difficiles à comprendre. Il peut fournir des détails ou une orientation sur l'interprétation. Des algorithmes illustrant clairement les processus peuvent également être élaborés, tels que le placement et le traitement non volontaires, et indiquer les formulaires requis aux différentes étapes du processus.

Exemple: La Colombie britannique élabore un "Guide de la Loi sur la santé mentale"

En Colombie britannique, un *Guide de la Loi sur la santé mentale* a été élaboré pour aider à appliquer la nouvelle législation. Elle fournit une vue d'ensemble de la loi tout entière et comporte des annexes pour différents acteurs, tels que la manière dont le médecin communautaire peut certifier un malade admis d'office, comment les familles peuvent obtenir de l'aide pour avoir accès aux médecins et aux tribunaux, et les critères et procédures pour la police.

(Correspondance personnelle avec le Dr John Gray, Association internationale de Gérontologie, Canada)

L'orientation formelle des professionnels, tel qu'un code de pratique, est une autre façon importante de s'assurer que la législation est correctement appliquée. Cette orientation peut ré-affirmer les valeurs et les principes qui sous-tendent la législation, expliquer ce que les différents aspects de la législation visent à accomplir, et inclure des cas pertinents de jurisprudence.

Exemple: Code de pratique pour l'Angleterre et le Pays de Galles

En Angleterre et au Pays de Galles, la législation sur la santé mentale prescrit au Secrétaire d'État à la Santé de produire un code de pratique. Cette directive se fonde sur le texte de base, et offre aux professionnels et au public l'opportunité de voir comment la législation devrait être appliquée (voir www.doh.gov.uk/mhac1983.htm).

(Loi sur la santé mentale 1983, Code de pratique (1999), Londres, Stationary Office)

5.3 Ressources financières et humaines

Il est probable que la vitesse et l'efficacité de l'application dépendront de la disponibilité de ressources financières suffisantes. Les difficultés associées à la rédaction de lois qui ne peuvent pas être appliquées à cause de contraintes financières ont déjà été discutées (voir le chapitre 2, section 4). Un autre problème lié aux ressources est qu'une nouvelle législation sur la santé mentale exige habituellement un passage des soins institutionnels vers les soins à base communautaire, et cette évolution peut nécessiter des fonds supplémentaires. Si à long terme la réaffectation de fonds des institutions vers les établissements à base communautaire est possible, à court terme, il peut être nécessaire de disposer de services institutionnels et à base communautaire – jusqu'à ce que les établissements à base communautaire soient assez développés pour fournir des services adéquats.

Exemple: Obstacles et facteurs favorables à l'application efficace de la législation sur la santé mentale

Obstacles	Facteurs favorables
Manque d'action coordonnée dans l'application de la législation sur la santé mentale (absence d'une agence ou autorité centralisée qui surveille le processus d'application)	Nommer une agence de coordination, ou s'assurer qu'une agence est nommée (ex.: un organe de révision de la santé mentale), pour surveiller le processus d'application, en le prévoyant dans le texte de loi.
Manque de connaissance, malentendu et résistance du grand public, des usagers et des prestataires de soins au sujet des changements qu'apporte la nouvelle législation sur la santé mentale	Des campagnes d'éducation et de sensibilisation du public peuvent mettre en lumière les dispositions et le fondement de la nouvelle loi sur la santé mentale
Les professionnels de santé mentale, de santé en général et d'autres domaines ne connaissent pas les dispositions de la législation sur la santé mentale ou y résistent	Des programmes de formation destinés aux professionnels de santé mentale, de santé en général et d'autres domaines peuvent comprendre des explications sur les dispositions de la législation sur la santé mentale Les documents d'orientation peuvent donner des informations sur les détails de la législation

<p>Pénurie de ressources humaines pour la santé mentale en vue de mettre en œuvre certains des mandats de la législation</p>	<p>La formation en santé mentale doit être fournie aux professionnels et au personnel de santé en général (pour des détails supplémentaires, voir le Module <i>Organization of Services for Mental Health</i> (WHO, 2003c); et Module .(WHO, 2005): (http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/)</p>
<p>Financement insuffisant pour développer les mécanismes requis en vue d'appliquer la loi (ex. : sensibilisation, formation, comités de visite, procédures pour les plaintes)</p>	<p>Des fonds supplémentaires ainsi que des budgets de protection doivent être prévus pour la santé mentale et l'application de sa législation</p>

La proportion du budget d'un pays ou du budget de la santé qui doit être dépensée pour la santé mentale est sujette à discussion et ne relève pas de la compétence du présent Ouvrage de référence. Cependant, il est important de relever que la santé mentale occupe souvent une position prioritaire faible par rapport aux autres questions portant sur les soins de santé, et que pour l'application efficace d'une bonne législation sur la santé mentale, il faut une répartition plus juste des ressources pour la santé mentale. Ensuite, il y a un débat au sujet du conflit potentiel dans la répartition des ressources allouées pour appuyer les différentes dispositions contenues dans la loi sur la santé mentale; par exemple, les ressources doivent-elles être déployées pour employer du personnel supplémentaire dans les soins communautaires ou pour la création et le fonctionnement d'un organe de révision de la santé mentale?

Beaucoup d'aspects d'une législation progressive nécessiteront une provision budgétaire suffisante pour les activités d'application. Il faut des fonds pour mettre en œuvre et faire fonctionner l'organe de révision, pour former les professionnels de santé mentale à l'usage de la législation, et pour apporter les changements nécessaires aux services de santé mentale comme prescrit par la législation. La négociation à ce sujet doit se faire simultanément avec le processus de rédaction et d'adoption de la législation sur la santé mentale (on peut consulter les informations sur les questions concernant le financement de la santé mentale dans le *Mental Health Policy and Service Guidance Package; Mental Health Financing* (WHO, 2003d), à l'adresse: http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/).

Les questions relatives aux ressources humaines revêtent une importance particulière pour l'application de la législation dans tous les pays. Les professionnels de santé mentale sont essentiels pour la prestation de soins de santé mentale efficaces dans les services spécialisés de santé mentale, tant pour les soins de santé généraux que dans la communauté. Sans des effectifs de professionnels suffisants ou une formation adéquate, l'objectif fondamental d'une loi sur la santé mentale, à savoir améliorer les soins de santé mentale, ne sera pas atteint. En outre, il convient d'investir dans la formation de toutes les personnes qui ont un rôle à jouer dans l'application de la loi (par exemple la magistrature, la police, les personnes qui siègent dans l'organe de révision de la santé mentale) afin de s'assurer qu'ils maîtrisent tous les aspects de la législation, ainsi que leurs propres rôles et responsabilités dans la mise en pratique de ses dispositions.

Appliquer la législation sur la santé mentale: les points essentiels

- Il faut une préparation considérable pour assurer l'introduction harmonieuse de la nouvelle législation sur la santé mentale. La période entre l'adoption et la promulgation de la législation peut être une période particulièrement importante pour la mise en place des procédures d'application telles que la création de comités de révision, la formation sur la nouvelle législation et la préparation des personnes qui seront chargées de sa mise en oeuvre.
- Disposer de formulaires normalisés et avoir en place d'autres processus administratifs facilitent la transition.
- Il convient de mettre en place des procédures pour suivre l'application de la législation. L'organe indépendant et/ou l'agence d'application peuvent le faire (ex. : le gouvernement).
- Les organes d'application et de contrôle doivent avoir des calendriers comportant des cibles mesurables, et être dotés des pouvoirs nécessaires pour remplir leurs fonctions.
- Changer les attitudes du public constitue une composante importante dans l'application de la législation sur la santé mentale.
- Les usagers, les familles et les groupes de sensibilisation doivent avoir une connaissance complète de la législation afin d'en maximiser les avantages. Former ces groupes est un aspect essentiel de la mise en oeuvre.
- Les professionnels de la santé mentale et d'autres domaines doivent également être formés pour accomplir la lettre et l'intention de la législation.
- Les autorités pertinentes doivent fournir les ressources financières et humaines pour l'application de la législation afin de conférer substance et crédibilité à la législation. La négociation à ce sujet doit se faire simultanément avec le processus de rédaction et d'adoption de la législation.

Comme nous l'avons vu, une législation progressive sur la santé mentale peut représenter un moyen important de protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux. Dans cet Ouvrage de référence, nous avons mis en lumière les normes internationales et régionales essentielles des droits de l'homme que les gouvernements ont l'obligation de respecter, protéger et appliquer. L'Ouvrage identifie également les questions et dispositions qui doivent être incluses dans une législation progressive sur la santé mentale. Enfin, il examine également les meilleures stratégies de pratique pour une rédaction, une adoption et une application efficaces de la législation sur la santé mentale, en relevant les difficultés et les obstacles ainsi que les moyens de les surmonter.

Il revient à chaque pays d'agir en s'appuyant sur ces informations et de susciter l'engagement politique nécessaire pour réussir l'élaboration ou la réforme de la loi sur la santé mentale et son application.

Références

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Resource Book on Mental Disorders: DSM – IV*, 4th ed. Washington, DC.

Arboleda-Flórez J (2001). Stigmatization and human rights violations. World Health Organization, *Mental Health: A Call for Action by World Health Ministers*. Geneva, WHO: 57-70.

Arjonilla S, Parada IM, Pelcastre B (2000). When mental health becomes a priority. *Salud Mental [Mental Health]*, 23(5): 35-40. (In Spanish.)

BBC News (1998). Shackled day and night in Nigeria. BBC News web site at: (<http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/africa/76130.stm>), accessed on 10 April.

Beermann E. (2000). Patients' rights protections, mental health legislation and patients' advocacy services in Austria: Recognition and protection of patients' rights. Paper presented at the International workshop in Budapest, 19-21 May 2000. Organized by the Hungarian Civil Liberties Union, supported by The Ford Foundation: 66-73

Bertolote JM, Sartorius N (1996). WHO initiative of support to people disabled by mental illness: Some issues and concepts related to rehabilitation. *European Psychiatry*, 11(Suppl. 2), 56s-59s.

Congo v. Ecuador, Report 63/99, Case 11.427, April 13, 1999, Inter-American Commission of Human Rights, Organization of American States.

Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) (2002). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Prepared in collaboration with the World Health Organization, Geneva, WHO.

Gostin LO (2000). Human rights of persons with mental disabilities: The European Convention of Human Rights. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(2):125-159.

Harrison K (1995). Patients in the community. *New Law Journal*, 276:145.

Henderson C et al. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: Single blind randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 329:136

International Digest of Health Legislation (2000). (<http://www.who.int/idhl>). Geneva, World Health Organization.

Livesley J (2001). *The Handbook of Personality Disorder*. New York, NY, Guilford Press.

Mental Disability Advocacy Center (MDAC) (2003). *Caged Beds: Inhuman and Degrading Treatment in Four EU Accession Countries*, Budapest, Mental Disability Advocacy Center.

Mental Disability Rights International (2000). *Report on Human Rights and Mental Health: Mexico*. Washington DC, Mental Disability Rights International.

Rosenthal E, Éva Szeli E (2002). *Not on the Agenda: Human Rights of People with Mental Disabilities in Kosovo*. Washington DC, Mental Disability Rights International.

Rosenthal E, Sundram C (2002). International Human Rights in Mental Health Legislation. *New York Law School Journal of International and Comparative Law*. Volume 21 (3), p.469.

Schuurs v. the Netherlands, App. No 10518/83, 41 Dec., & Rep.186, 188-189, 1985, European Commission of Human Rights, Council of Europe.

Sperry L (2003). *Handbook of Personality Disorder: DSM-IV-TR*. New York, Brunner and Rutledge.

Starson v. Swayze, [2003] 1 S.C.R. 722, 2003 SCC 32. Ontario, Canada. 6 June 2003

Swartz MS et al. (1999). Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomised trial with severely mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry*, 156:1968-1975.

Thomas T (1995). Supervision registers for mentally disordered people. *New Law Journal*, 145:565.

Torrey EF (1995). Jails and prisons - America's new mental hospitals. *American Journal of Public Health* 85: 1611-3.

United Nations (2003). Progress of efforts to ensure the full recognition and enjoyment of the human rights of persons with disabilities. *Report of the Secretary-General, to the United Nations General Assembly A/58/181*, July 2003.

Wachenfeld M (1992). The human rights of the mentally ill in Europe under the European Convention on Human Rights. *Nordic Journal of International Law*, 107:292.

World Network of Users and Survivors of Psychiatry (2001). Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care. Position paper. Approved at the WNUSP General Assembly in Vancouver, Canada, July 2001. (<http://www.wnusp.org/wnusp%20evas/Dokumenter/positionpaper.html>)

WHO/OMS (1992). *Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement: Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic (CIM-10) (Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (ICD-10))*. Geneva, World Health Organization.

WHO/OMS (2001a). *Atlas: Ressources consacrées à la santé mentale dans le monde : 2001*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

WHO/OMS (2001b) *Rapport sur la Santé dans le Monde 2001 : La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

WHO/OMS (2001c). Le Droit international relative aux Droits de l'homme comme fondement de la législation nationale en matière de santé mentale. Genève, Département de la santé mentale et abus de substances psychoactives, Organisation mondiale de la Santé. (http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/).

WHO/OMS (2001d). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (ICIDH-2)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

WHO/OMS (2003a). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Planning and Budgeting Services for Mental Health*. Geneva, World Health Organization.

WHO/OMS (2003b). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Advocacy for Mental Health (Plaidoyer en faveur de la santé mentale [version électronique])*. Geneva, World Health Organization.

WHO/OMS (2003c). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health*. Geneva, World Health Organization.

WHO/OMS (2003d). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health Financing*. Geneva, World Health Organization.

WHO/OMS (2005). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Human Resources and Training in Mental Health*. Geneva, World Health Organization

Références aux Droits internationaux humains et aux normes et documents en matière de santé mentale

Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights (1988). Organization of American States, Treaty Series No. 69 (1988) signed 17 November 1988. (www.cidh.oas.org/Basicos/basic5.htm)

African [Banjul] Charter on Human and Peoples' Rights (1982) adopted 27 June 1981. Organization of African Unity, doc., CAB/LEG/67/3 rev. 5, 21 I.L.M. 58 (1982), entered into force 21 October 1986. (http://www.achpr.org/english/_info/charter_en.html)

American Convention on Human Rights (1978). Adopted at the Inter-American Specialized Conference on Human Rights, San José, Costa Rica, 22 November 1969 (<http://www.cidh.oas.org/Basicos/basic3.htm>)

American Declaration of the Rights and Duties of Man (1948). Approved by the Ninth International Conference of American States, Bogotá, Colombia, 1948. (<http://www.iachr.org/Basicos/basic2.htm>)

Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment. Adopted by United Nations General Assembly resolution 43/173 of 9 December 1988. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp36.htm)

Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. United Nations General Assembly resolution 39/46, annex, 39 UN GAOR Supp. (No. 51) at 197, UN Doc. A/39/51 (1984). Entered into force 26 June 1987. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_cat39.htm)

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1979). Adopted by United Nations General Assembly resolution 34/180, of 18 December 1979 (www.unhchr.ch/html/menu3/b/e1cedaw.htm)

Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1965). Adopted by UN General Assembly Resolution 2106 (XX) of 21 December 1965. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/d_icerd.htm).

Convention on the Rights of the Child (1989). Adopted by United Nations General Assembly resolution 44/25 of 20 November, 1989. (<http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc/treaties/crc.htm>).

Declaration of Caracas (1990). Adopted on 14 November 1990 by the Regional Conference on the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America, convened in Caracas, Venezuela, by the Pan American Health Organization/WHO Regional Office for the Americas. (<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/boxes/box3.3.htm>).

Declaration of Madrid (1996). Approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association on 25 August 1996 and amended by the General Assembly in Yokohama, Japan in August 2002. (<http://www.wpanet.org/home.html>).

Declaration of Hawaii (1983). Approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association in Vienna, Austria on 10 July 1983. (<http://www.wpanet.org/generalinfo/ethic5.html>)

Eighth General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997, CPT/Inf (98) 12 (1998). European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment. Council of Europe, 31 August 1998. (<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/CadreListeTraites.htm>).

European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (1987). Adopted by the Council of Europe, 26 November 1987. (<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/126.htm>)

European Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being, with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (1996). Adopted by the Council of Europe, 19 November 1996. (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm>)

European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms (1950). Adopted by the Council of Europe, 4 November 1950. (<http://conventions.coe.int/treaty/en/Treaties/Html/005.htm>)

European Social Charter (1961). Adopted by the Council of Europe 18 October 1961. (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/035.htm>)

European Social Charter - revised (1996), adopted by the Council of Europe, 3 May 1996. (<http://conventions.coe.int/treaty/EN/Treaties/Html/163.htm>)

Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders (1996). Geneva, World Health Organization. (http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_MNH_MND_95.4.pdf)

Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Persons With Disabilities (1999). Adopted at Guatemala City, Guatemala, at the twenty-ninth regular session of the General Assembly of the OAS, AG/RES. 1608, 7 June 1999. (<http://www.cidh.oas.org/Basicos/disability.htm>).

International Covenant on Civil and Political Rights (1966). Adopted by UN General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ccpr.htm).

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966). Adopted by UN General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm).

International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects (2002). Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). (http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm).

Mental Health Care Law: Ten Basic Principles (1996). Geneva, World Health Organization. (http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_MNH_MND_96.9.pdf).

Principles for the Protection of Persons With Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care (MI Principles) (1991). UN General Assembly Resolution 46/119 of 17 December 1991. (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>)

Recommendation of the Inter-American Commission on Human Rights for the Promotion and Protection of the Rights of the Mentally Ill (2001). Annual report of the Inter-American Commission on Human Rights 2000, IACHR, OAS/ser/L/V/II.111/doc. 20, rev (2001). (<http://www.cidh.org/annualrep/2000eng/chap.6e.htm>)

Recommendation 1235 on Psychiatry and Human Rights (1994). Council of Europe. (<http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/ta94/EREC1235.htm>)

Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education (1994). Paris, UNESCO. (http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_EPDF)

Siracusa Principles on the Limitation and Derogation of Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, UN Doc. E/CN.4/1985/4 (1985). United Nations Sub-Commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities, United Nations, Economic and Social Council. (www1.umn.edu/humanrts/instree/siracusaprinciples.html)

Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, in Geneva, 1955, and approved by the Economic and Social Council by its resolution 663 C (XXIV) of 31 July 1957 and 2076 (LXII) of 13 May 1977. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm)

Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities (1993). UN General Assembly Resolution 48/96 of 20 December 1993. (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>)

Recommendation No. Rec(2004)10 Concerning the Protection of the Human Rights and Dignity of Persons with Mental Disorder (2004). Adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe, 22 September 2004. ([http://www.coe.int/T/E/Legal_affairs/Legal_co-operation/Bioethics/News/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/T/E/Legal_affairs/Legal_co-operation/Bioethics/News/Rec(2004)10%20e.pdf))

Resolution on a Comprehensive and Integral International Convention to Promote and Protect the Rights and Dignity of Persons With Disabilities. United Nations General Assembly Resolution 56/168, 26 February 2002. ([http://www.un.org/esa/socdev/csd/2002disabilityres\(B\).htm](http://www.un.org/esa/socdev/csd/2002disabilityres(B).htm))

Déclaration universelle des droits de l'homme (1948). Adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 217A (III) du 10 décembre 1948. (<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/eng.htm>)

Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme (1997). UNESCO. (http://www.unesco.org/shs/human_rights/hrbc.htm)

Déclaration et programme d'action de Vienne (1993). Assemblée générale des Nations Unies A/CONF.157/23 adoptée par la Conférence mondiale sur les droits de l'homme le 25 juin 1993. ([http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.En?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.En?OpenDocument))

Bibliographie

- Araya R et al. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178: 228-233.
- Breakey WR (1996). The rise and fall of the state hospital. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York, Oxford University Press.
- Busfield J (1996). Professionals, the state and the development of mental health policy. In: Heller T et al., eds. *Mental health matters: A reader*. London, MacMillan.
- Edwards G et al. (1997). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford, Oxford University Press.
- Goodwin S (1997). *Comparative Mental Health Policy: From Institutional to Community Care*. London, Sage Publications.
- Grisso T, Appelbaum PS (1993). Structuring the debate around ethical predictions of future violence. *Law and Human Behaviour*, 17: 482-485.
- Human Rights Branch, Attorney General's Department, Canberra (Australia) (1996). *Report on A Rights Analysis Instrument for Use in Evaluating Mental Health Legislation*. Prepared for the Australian Health Minister's Advisory Council National Mental Health Working Group, December 1996.
- Mann J et al. (1994). Health and Human Rights. *Journal of Health & Human Rights*, 1:6-22.
- Menzies R, Chun DE, Webster CD (1992). Risky Business. The classification of dangerous people in the Canadian carceral enterprise. In: Visano LA, McCormic KRE, eds. *Canadian Penology: Advanced Perspectives and Applications*. Toronto, Canadian Scholars Print.
- Monahan J (1992). Mental disorder and violent behaviour: perceptions and evidence. *American Psychologist*. 47, 3, 511-521.
- Neugeboren J (1999). *Transforming Madness: New Lives for People Living with Mental Illness*. New York, William Morrow and Company, Inc.
- Nilstun T, Syse A (2000). The right to accept and the right to refuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (Suppl):31-34.
- Streeter PA (1998). Incarceration of the mentally ill: Treatment or warehousing? *Michigan Bar Journal*, February issue:166-170.
- Swanson JW et al. (2000). Involuntary outpatient commitment and reduction in violent behaviour in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 176:324-331.
- WHO (1996). *Global Action for the Improvement of Mental Health Care: Policies and Strategies*. Geneva, World Health Organization.



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Législation en santé mentale: liste de contrôle OMS

La présente liste de contrôle a été établie par le personnel OMS, à savoir le Dr Michelle Funk, Mme Natalie Drew, le Dr Margaret Grigg et le Dr Benedetto Saraceno, en collaboration avec le Professeur Melvyn Freeman, Spécialiste juridique et instructeur de l'équipe OMS, et la participation du Dr Soumitra Pathare et du Dr Helen Watchirs, également spécialistes juridiques et instructeurs de l'équipe OMS. La présente liste s'inspire de l'ouvrage de référence sur la législation en santé mentale qui a été établi par l'équipe Politique de santé mentale et développements des services, Département, Santé mentale et abus de substances psychoactives, Organisation mondiale de la Santé.

Introduction et mode d'emploi de la liste de contrôle

La liste de contrôle s'utilise avec l'Ouvrage de Référence OMS sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation. Ses objectifs sont les suivants : a) aider les pays à s'assurer que la législation en santé mentale en vigueur est complète et adéquate et b) les aider à rédiger de nouveaux textes de loi. Cette liste permettra aux pays de s'assurer que certains éléments essentiels sont inclus dans la législation et que les recommandations générales contenues dans l'ouvrage de référence sont examinées attentivement et effectivement prises en considération.

Il est recommandé de créer une commission afin d'effectuer les contrôles au moyen de la liste. Bien que cette tâche puisse être confiée à une personne, par exemple au sein du ministère de la santé, cette solution présente des inconvénients. Premièrement, une seule personne a moins de chances qu'une équipe soigneusement choisie de disposer de toutes les données pertinentes. Deuxièmement, plusieurs personnes ou les représentants de différents groupes auront vraisemblablement des opinions divergentes sur différentes questions. Une commission d'évaluation où peut s'instaurer un débat contradictoire et qui atteint un consensus joue un rôle précieux. Bien que les pays doivent décider de la composition de cette commission, il est souhaitable qu'y siègent un juriste connaissant bien les différentes législations nationales, le point focal du gouvernement pour la santé mentale, les représentants d'associations familiales et d'usagers de services, les représentants des professionnels de santé mentale, d'organisations non gouvernementales et d'autres départements du secteur public. Il est recommandé de confier la direction des travaux de la commission à un spécialiste indépendant des droits de l'homme et/ou à un juriste indépendant.

En règle générale, cette liste ne doit pas être utilisée sans une connaissance approfondie de l'ouvrage de référence lui-même. De nombreux points importants de la liste sont expliqués dans l'ouvrage de référence qui justifie la présence de la législation et examine les possibilités qui s'offrent en la matière. L'ouvrage de référence souligne que les pays doivent choisir eux-mêmes entre diverses options et divers modes d'élaboration des textes de loi de même qu'entre diverses dispositions. La présentation de la liste de contrôle offre la souplesse nécessaire et vise à encourager les discussions au niveau national, ce qui permet aux pays de prendre des décisions adaptées à leur situation particulière.

Les points couverts dans la liste sont abordés dans une perspective générale et de nombreuses dispositions devront être affinées et retravaillées compte tenu de certains détails et de caractéristiques nationales. Toutes les dispositions ne s'appliqueront pas non plus au même titre à tous les pays vu la diversité des facteurs sociaux, économiques, culturels et politiques. Tous les pays, par exemple, n'opteront pas pour les ordonnances de traitement communautaire ; tous les pays n'ont pas de disposition relative aux « malades qui ne protestent pas » ; et rares sont les pays qui prévoient le recours à la stérilisation des personnes atteintes de troubles mentaux. Bien que, lors de l'évaluation, chaque pays puisse décider qu'une disposition donnée ne s'applique pas à son cas, une telle décision doit faire partie intégrante de l'utilisation de la liste de contrôle. Toutes les dispositions de cette liste doivent être prises en considération et examinées en détail, avant qu'il soit décidé que l'une ou l'autre disposition ne convient pas dans le contexte particulier d'un pays.

Il ressort de l'ouvrage de référence que les lois nationales concernant la santé mentale peuvent s'inscrire dans le cadre de la législation relative à un seul ou de nombreux domaines différents tels que la santé en général, l'emploi, le logement, la discrimination et le droit pénal, notamment. Certains pays utilisent en outre des règlements, des ordonnances et d'autres mécanismes en complément d'un article de loi. Ces vérifications exigeront donc la collecte et le regroupement de toutes les dispositions relatives à la santé mentale afin que les décisions prises soient étayées par des données exhaustives.

L'ouvrage de référence indique clairement qu'élaborer ou modifier la législation en santé mentale est un "processus". Etablir ce que la législation doit inclure est un élément important de ce processus et cette liste de contrôle est un outil utile pour atteindre ce but. Néanmoins, l'objectif d'élaborer une loi qui soit applicable dans un pays donné ne doit jamais être séparé du "contenu" et doit toujours être considéré comme central.

Législation en santé mentale : liste de contrôle OMS

Trois options sont proposées pour chaque élément cité dans la liste de contrôle : a) la question est-elle convenablement couverte par la loi, b) est-elle couverte, mais incomplètement et c) n'est-elle pas couverte du tout. Si la réponse est b) ou c), la commission qui effectue l'évaluation doit décider s'il est possible et utile, compte tenu de la situation locale, d'inclure la question examinée – afin d'obtenir une législation adaptée à la situation locale.

Cette liste de contrôle ne couvre pas tous les points qui pourraient être inclus dans la législation. Cela ne veut pas dire que d'autres points ne sont pas importants et que les pays ne devraient pas les examiner, mais le champ couvert par la liste a été limité par souci de simplicité et de souplesse d'utilisation.

Éléments de la législation	Dans quelle mesure chaque élément est-il couvert par la loi (Cocher une réponse) a) Convenablement couvert b) Partiellement couvert c) Non couvert	Si la réponse est b) expliquer: • Pourquoi il n'est pas convenablement couvert • Ce qui manque ou ce qui fait problème dans la disposition existante Si la réponse est c) expliquer pourquoi il n'est pas couvert dans la législation (le cas échéant, de plus amples renseignements peuvent être donnés sur des feuilles supplémentaires)	Si la réponse est b) ou c) expliquer comment inclure l'élément dans la nouvelle législation/s'il y a lieu de l'inclure (des feuilles supplémentaires peuvent être ajoutées si besoin est)
A. Préambule et objectifs 1) La législation est-elle précédée d'un préambule mettant l'accent sur: a) les droits fondamentaux des personnes atteintes de troubles mentaux	a) b) c)		

<p>b) l'importance de l'accès à des services de santé mentale pour tous</p> <p>2) La législation précise-t-elle le motif et les objectifs à atteindre, à savoir :</p> <p>a) absence de discrimination contre les personnes atteintes de troubles mentaux</p> <p>b) promotion et protection des droits des personnes atteintes de troubles mentaux</p> <p>amélioration de l'accès aux services de santé mentale</p> <p>c) approche communautaire</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>B. Définitions</p> <p>1) Les termes trouble mental/maladie mentale/incapacité mentale sont-ils clairement définis?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>2) Les raisons du choix du terme (ci-dessus) ressortent-elles nettement de la législation ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>3) La couverture par la législation du retard mental, de l'incapacité intellectuelle, des troubles de la personnalité et des toxicomanies est-elle clairement établie?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>4) Tous les termes clés de la législation sont-ils clairement définis ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>5) Tous les termes clés sont-ils utilisés de manière systématique partout dans la législation, c'est-à-dire sans qu'il y ait d'équivoque possible avec d'autres termes à connotation similaire?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>6) Tous les termes "sujets à confusion" (termes ambigus pouvant avoir plusieurs interprétations ou significations) sont-ils clairement définis dans la législation?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>C. Accès aux soins psychiatriques</p> <p>1) La législation contient-elle des dispositions relatives au financement des services de santé mentale ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>2) La législation dispose-t-elle que les services de santé mentale et les services de soins physiques doivent être dispensés de la même manière ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>3) La législation garantit-elle l'allocation de ressources aux populations insuffisamment desservies et précise-t-elle que ces services doivent être culturellement adaptés ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>4) La législation encourage-t-elle l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>5) La législation encourage-t-elle l'accès aux médicaments psychotropes ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>6) La législation préconise-t-elle une démarche fondée sur la réinsertion psychosociale ?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>7) La législation encourage-t-elle une couverture par l'assurance-maladie pour les personnes atteintes de troubles mentaux dans les secteurs public et privé de la santé ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>8) La législation encourage-t-elle les soins communautaires et la déinstitutionnalisation?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>D. Droits des usagers des services de santé mentale</p>			
<p>1) Les droits au respect, à la dignité et à un traitement humain sont-ils inclus dans la législation ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>2) Le droit à la confidentialité des informations relatives aux malades, à leur maladie et à leur traitement y figure-t-il ?</p> <p>a) Des sanctions et des peines sont-elles prévues pour les personnes qui transgressent l'obligation de confidentialité ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>b) La législation prévoit-elle des exceptions à l'obligation de confidentialité</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>c) La législation prévoit-elle le droit des malades et de leurs représentants personnels de demander un examen judiciaire ou de faire appel de décisions visant à divulguer des informations?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>3) La législation prévoit-elle l'accès libre et sans restriction des malades aux informations les concernant (y compris l'accès à leurs dossiers cliniques)</p> <p>a) Les circonstances dans lesquelles cet accès peut être refusé sont-elles énoncées ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>b) La législation prévoit-elle le droit des malades et de leurs représentants personnels de demander un examen judiciaire ou de faire appel en cas de refus de divulguer certaines informations?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>4) La loi prescrit-elle le droit d'être protégé contre un traitement cruel, inhumain et dégradant ?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>5) La législation fixe-t-elle les conditions minimales à observer dans les établissements de santé mentale pour assurer un environnement sûr, thérapeutique et hygiénique ?</p> <p>a) b) c)</p>	
<p>6) La loi insiste-t-elle sur l'intimité des personnes atteintes de troubles mentaux ?</p> <p>a) b) c)</p>	
<p>a) La loi précise-t-elle clairement les conditions minimales à respecter concernant l'intimité de la personne?</p> <p>b) c)</p>	
<p>7) La législation bannit-elle le travail forcé ou insuffisamment rémunéré dans les établissements de santé mentale ?</p> <p>a) b) c)</p>	
<p>8) La loi prescrit-elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des activités éducatives • une formation professionnelle • des loisirs et des activités récréatives et • des activités répondant aux besoins religieux ou culturels pour les personnes atteintes de troubles mentaux ? <p>a) b) c)</p>	

<p>9) Les autorités sanitaires sont-elles tenues par la loi d'informer les malades de leurs droits ?</p> <p>10) La législation garantit-elle la participation des usagers des services de santé mentale à l'élaboration de la politique et de la législation en santé mentale et à la planification des services?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>E. Droits des familles ou d'autres soignants</p> <p>1) La loi autorise-t-elle les familles ou les soignants au premier niveau à avoir des informations sur la personne atteinte de troubles mentaux (à moins que le malade ne s'oppose à la divulgation de telles informations) ?</p> <p>2) Les membres de la famille ou les autres soignants au premier niveau sont-ils encouragés à participer dorénavant à la formulation et à l'application du plan de traitement adapté à chaque cas?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>3) Les familles ou les autres soignants au premier niveau ont-ils le droit de faire appel des décisions d'hospitalisation et de traitement d'office ?</p> <p>a)) b)) c))</p> <p>4) Les familles ou les autres soignants au premier niveau ont-ils le droit de demander la sortie d'un malade mental qui a commis un délit ?</p> <p>a)) b)) c))</p> <p>5) La législation garantit-elle la participation des membres de la famille ou d'autres soignants à l'élaboration de la politique et de la législation en santé mentale et à la planification des services ?</p> <p>a)) b)) c))</p>			
<p>F. Compétence, capacité et tutelle</p> <p>1) La législation contient-elle des dispositions relatives à la gestion des affaires des personnes atteintes de troubles mentaux s'ils n'ont pas la capacité de s'en charger ?</p> <p>a)) b)) c))</p> <p>2) La loi définit-elle les termes "compétence" et "capacité" ?</p> <p>a)) b)) c))</p>			

<p>3) La loi définit-elle une procédure et des critères pour établir l'incapacité/l'incapacité d'une personne relative aux décisions concernant le traitement, le choix de la personne qui prendra les décisions à la place du malade, les décisions financières ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>4) Existe-t-il des procédures d'appel des décisions d'incapacité/d'incapacité et d'examen périodique de telles décisions ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>5) La loi définit-elle des procédures applicables à la désignation, à la durée, aux tâches et aux responsabilités du tuteur qui agira au nom du malade ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>6) La loi définit-elle un processus pour établir les domaines dans lesquels un tuteur peut décider au nom d'un malade ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>7) La loi prescrit-elle l'examen systématique de la nécessité de maintenir le tuteur ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>8) La loi dispose-t-elle qu'un malade peut faire appel de la désignation d'un tuteur ?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>G. Hospitalisation et traitement volontaires ?</p> <p>1) La loi encourage-t-elle l'admission et le traitement volontaires de préférence à l'admission et au traitement d'office ?</p> <p>2) La loi dispose-t-elle que tout malade volontaire ne peut être traité qu'avec son consentement éclairé ?</p> <p>3) La loi dispose-t-elle que les personnes hospitalisées volontairement dans un service de santé mentale doivent être soignées selon des modalités analogues à celles qui sont appliquées aux malades présentant une affection physique ?</p> <p>4) La loi dispose-t-elle que l'hospitalisation et le traitement volontaires impliquent automatiquement le droit de sortie volontaire de l'hôpital et/ou de refus de traitement ?</p> <p>5) La loi dispose-t-elle qu'un malade volontaire devrait être informé lors de son admission que le droit de sortir ne peut lui être refusé que si son état justifie un traitement non volontaire ?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
--	---	--	--

<p>H. Malades qui ne protestent pas</p> <p>1) La loi prévoit-elle le cas des malades qui sont incapables de décider en connaissance de cause du bien-fondé de l'admission ou du traitement, mais ne refusent pas l'admission ou le traitement?</p> <p>2) La loi définit-elle les conditions d'hospitalisation et de traitement d'un malade qui ne proteste pas ?</p> <p>3) La loi dispose-t-elle que si un usager hospitalisé ou soigné conformément à cette disposition s'oppose brusquement à son hospitalisation ou son traitement, il doit sortir/son traitement doit être interrompu à moins que son état justifie une hospitalisation d'office.</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>I. Hospitalisation d'office (si elle est indépendante du traitement) et traitement d'office (si l'hospitalisation et le traitement sont combinés)</p> <p>1) La loi dispose-t-elle que l'hospitalisation d'office n'est autorisée que :</p> <p>a) s'il est avéré que le malade est atteint d'un trouble mental d'une certaine gravité, et</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>b) s'il y a un risque sérieux que le malade se nuise à lui-même ou mette en danger autrui et/ou si l'absence de traitement risque de compromettre son état de façon grave, et</p> <p>c) si elle a une finalité thérapeutique</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>2) La loi dispose-t-elle que deux praticiens habilités à dispenser des soins de santé mentale doivent certifier que l'hospitalisation d'office est justifiée ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>3) La loi dispose-t-elle que l'établissement qui reçoit des malades non volontaires doit être accrédité ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>4) Le principe de l'environnement le moins restrictif s'applique-t-il aux hospitalisations d'office ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>5) La loi dispose-t-elle que les hospitalisations d'office doivent être autorisées par une autorité indépendante (organe d'examen ou tribunal) ?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>6) Des délais serrés sont-ils fixés pour la prise des décisions par l'autorité indépendante ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>7) La loi prescrit-elle que le malade, la famille et le représentant légal doivent être informés des raisons de l'hospitalisation et de leur droit de faire appel ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>8) La loi prescrit-elle le droit de faire appel d'une hospitalisation d'office ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>9) La loi prescrit-elle des examens périodiques à date fixe des cas d'hospitalisation d'office (et des cas d'hospitalisation volontaires à long terme) par une autorité indépendante ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>10) La loi dispose-t-elle que les malades doivent pouvoir sortir après une hospitalisation d'office dès que leur état ne justifie plus une hospitalisation d'office ?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>J. Traitement non volontaire (lorsqu'il est dissocié de l'hospitalisation d'office)</p> <p>1) La loi définit-elle les critères d'un traitement non volontaire, à savoir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le malade présente un trouble mental • Le malade est incapable de prendre en connaissance de cause des décisions concernant son traitement • Un traitement est nécessaire pour améliorer l'état du malade et/ou lui redonner la capacité de prendre les décisions relatives à son traitement et/ou prévenir une grave détérioration et/ou l'empêcher de se nuire à lui-même ou de porter préjudice à autrui. <p>2) La loi garantit-elle qu'un plan de traitement est proposé par un praticien accrédité expérimenté et compétent pour administrer le traitement ?</p> <p>3) La loi dispose-t-elle que le plan de traitement doit être approuvé par un deuxième praticien ?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
---	---	--	--

<p>4) Un organe indépendant est-il créé pour autoriser le traitement non volontaire ?</p> <p>5) La loi garantit-elle que la durée du traitement est limitée ?</p> <p>6) La loi prescrit-elle le droit de faire appel d'un traitement non volontaire ?</p> <p>7) La loi prescrit-elle des examens périodiques rapprochés des cas de traitement non volontaire dans des délais précis?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>K. Consentement par procuration pour un traitement</p> <p>1) La loi dispose-t-elle qu'une personne peut consentir au traitement au nom d'un malade si celui-ci s'est avéré incapable de donner son consentement ?</p> <p>2) Les malades ont-ils le droit de faire appel de décisions de traitement prises par procuration ?</p> <p>La loi contient-elle une disposition relative à une "directive anticipée" et si tel est le cas, le terme est-il clairement défini ?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>L. Traitement non volontaire en milieu communautaire</p> <p>1) La loi prévoit-elle un traitement non volontaire dans la communauté comme solution « moins restrictive » qu'une hospitalisation dans un service de santé mentale ?</p> <p>2) Tous les critères et sauvegardes requis pour le traitement hospitalier non volontaire s'appliquent-ils aussi au traitement non volontaire dans la communauté ?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>M. Situations d'urgence</p> <p>1) Les critères d'hospitalisation /de traitement d'urgence sont-ils limités aux cas où la probabilité d'un danger ou d'un préjudice immédiat ou imminent pour le malade et/ou autrui est très forte?</p> <p>2) La loi prescrit-elle une procédure claire d'hospitalisation et de traitement en cas d'urgence ?</p> <p>3) La loi autorise-t-elle tout médecin ou praticien de santé mentale accrédité à faire hospitaliser et traiter des personnes en cas d'urgence ?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>4) La loi prescrit-elle une durée maximale pour l'hospitalisation d'urgence (généralement pas plus de 72 heures) ?</p> <p>a) b) c)</p> <p>5) La loi dispose-t-elle que les procédures d'hospitalisation et de traitement non volontaire, le cas échéant, doivent être mises en œuvre dès que possible après la situation d'urgence ?</p> <p>a) b) c)</p> <p>6) Les traitements tels que les électrochocs, la psychochirurgie et la stérilisation ainsi que la participation à des essais cliniques et à des expériences sont-ils interdits pour les personnes hospitalisées en urgence ?</p> <p>a) b) c)</p> <p>7) Les malades, membres de la famille et représentants personnels ont-ils le droit de faire appel d'une hospitalisation/de traitements d'urgence ?</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>N. Déterminants des troubles mentaux</p> <p>1) Est-ce que la législation</p> <p>a) définit le niveau de compétence requis pour déterminer si une personne est atteinte de troubles mentaux?</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>b) précise les catégories de professionnels qui sont habilitées à examiner une personne pour déterminer si elle est atteinte de troubles mentaux ?</p> <p>c) codifie l'accréditation des praticiens et assure qu'elle soit régie par un organe indépendant ?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>	
<p>O. Traitements spéciaux</p> <p>1) La loi interdit-elle la stérilisation comme méthode de traitement de troubles mentaux ?</p> <p>a) La loi précise-t-elle que le fait d'être atteint d'un trouble mental ne doit pas constituer une justification pour la pratique de la stérilisation ou de l'avortement sans consentement éclairé?</p> <p>2) La loi exige-t-elle le consentement éclairé pour les actes médicaux et chirurgicaux importants pratiqués chez des personnes atteintes de troubles mentaux ?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>	

<p>a) La loi autorise-t-elle la pratique d'actes médicaux et chirurgicaux sans consentement éclairé si l'attente du consentement éclairé peut menacer la vie du malade ?</p> <p>b) </p> <p>c) </p>		
<p>a) Dans les cas où l'incapacité à donner le consentement est susceptible de durer, la loi dispose-t-elle que les actes médicaux et chirurgicaux peuvent être autorisés par un organe d'examen indépendant ou par un tuteur donnant le consentement par procuration ?</p>	<p>a) </p> <p>b) </p> <p>c) </p>	
<p>3) La psychochirurgie et d'autres traitements irréversibles sont-ils interdits chez des malades non volontaires ?</p>	<p>a) </p> <p>b) </p> <p>c) </p>	
<p>a) Existe-t-il un organe indépendant qui veille à ce que le consentement éclairé soit effectivement donné pour la psychochirurgie ou d'autres traitements irréversibles chez les malades non volontaires ?</p>	<p>a) </p> <p>b) </p> <p>c) </p>	
<p>4) La loi dispose-t-elle que l'utilisation des électrochocs est subordonnée au consentement éclairé ?</p>	<p>a) </p> <p>b) </p> <p>c) </p>	

<p>5) La loi interdit-elle l'utilisation des électrochocs classiques?</p> <p>6) La loi interdit-elle l'utilisation des électrochocs chez des personnes mineures?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>P. Isolement et contention</p> <p>1) La loi dispose-t-elle que l'isolement et la contention doivent être réservés à des cas exceptionnels pour prévenir un danger immédiat ou imminant pour le malade ou pour autrui ?</p> <p>2) La loi précise-t-elle que l'isolement et la contention ne doivent jamais être utilisés à des fins de punition ou de commodité pour le personnel?</p> <p>3) La loi prescrit-elle une durée maximum pour l'isolement et la contention ?</p> <p>4) La loi précise-t-elle qu'une période d'isolement et de contrainte ne doit pas être renouvelée immédiatement?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>5) La loi encourage-t-elle les services de santé mentale à se doter de structures et de ressources humaines appropriées afin de réduire au maximum la nécessité de recourir à l'isolement et à la contention ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>6) La loi prescrit-elle des procédures adéquates pour le recours à l'isolement et à la contention, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • qui les autorise • la nécessité pour l'établissement d'être accrédité • la nécessité d'enregistrer systématiquement les raisons et la durée de chaque incident dans une banque de données et de mettre cette information à la disposition d'un organe de contrôle • la nécessité d'informer immédiatement les membres de la famille/les soignants et les représentants personnels lorsqu'un malade est placé en isolement ou en contention 	<p>a) b) c) a) b) c)</p>		

<p>Q. Recherche clinique et expérimentale</p> <p>1) La loi dispose-t-elle que le consentement éclairé est nécessaire pour la participation de malades à des recherches cliniques ou expérimentales, qu'ils soient volontaires ou non dès lors qu'ils sont capables de donner leur consentement ?</p> <p>2) Si une personne est incapable de donner son consentement éclairé (et s'il a été décidé que la recherche pouvait avoir lieu):</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>a) La loi prescrit-elle que le consentement par procuration doit être obtenu auprès du tuteur légal/d'un parent ou d'une autorité indépendante instituée à cet effet ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>b) La loi dispose-t-elle que la recherche ne peut être effectuée si elle peut l'être sur des personnes capables de donner leur consentement et qu'elle est nécessaire pour promouvoir la santé de la personne et celle de la population représentée ?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>R. Mécanismes de surveillance et d'examen</p> <p>1) La loi prescrit-elle la création d'un organe juridique ou quasi-juridique pour examiner les procédures d'hospitalisation ou de traitement d'office et d'autres types de privations de droits</p>	<p>a) - b) c)</p>	
<p>1a) L'organe juridique en question: (i) évalue-t-il chaque cas d'hospitalisation ou de traitement d'office?</p>	<p>a) b) c)</p>	
<p>(ii) autorise-t-il à faire appel de décisions d'hospitalisation ou de traitement d'office?</p>	<p>a) b) c)</p>	
<p>(iii) réexamine-t-il les cas des malades hospitalisés d'office (ou des malades volontaires admis à long terme)?</p>	<p>a) b) c)</p>	
<p>(iv) suit-il régulièrement les malades soumis à un traitement d'office?</p>	<p>a) b) c)</p>	
<p>(v) autorise-t-il ou interdit-il des traitements irréversibles ou portant atteinte à l'intégrité du malade (tels que la psychochirurgie ou les électrochocs)?</p>	<p>a) b) c)</p>	

<p>1b) L'organe en question comprend-il un juriste et un professionnel de la santé expérimentés ainsi qu'une personne avisée reflétant le point de vue communautaire?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>1c) La loi prévoit-elle la possibilité de faire appel d'une décision prise par cet organe juridique auprès d'une instance juridique supérieure?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>2) La loi prescrit-elle la création d'un organe de régulation et de contrôle afin de protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux à l'intérieur comme à l'extérieur des services de santé mentale?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>2a) L'organe en question: (i) inspecte-t-il régulièrement les services de santé mentale?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>(ii) donne-t-il des conseils afin de minimiser les traitements portant atteinte à l'intégrité des malades?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>(iii) tient-il à jour des statistiques, par exemple sur les traitements irréversibles et portant atteinte à l'intégrité, l'isolement et la contention?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>(iv) tient-il à jour des registres des services et des professionnels accrédités?</p> <p>(v) soumet-il des rapports et des recommandations directement au ministère concerné?</p> <p>(vi) publie-t-il régulièrement ses observations?</p> <p>2b) L'organe en question comprend-il des professionnels en matière de santé mentale, de droit, d'assistance sociale, des représentants des usagers des services de santé mentale, des représentants des familles des usagers, du public et de conciliateurs?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>2c) La législation définit-elle clairement l'autorité dont dispose cet organe?</p> <p>3a) La législation prescrit-elle les procédures à suivre pour le dépôt de plaintes, les enquêtes et les procédures de règlement ?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>3b) La loi stipule-t-elle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le délai maximal à respecter pour porter plainte à la suite d'un incident? • Le délai maximal à respecter pour traiter une plainte? • Qui doit les traiter et comment? • Le droit du malade à choisir et à désigner un représentant personnel et/ou conseiller juridique pour le représenter en cas de procédures d'appel ou de plainte? • Le droit du malade aux services d'un interprète lors de procédures, si nécessaire? • Le droit des malades et des conseillers à obtenir des copies de leur dossier médical et de tous autres rapports et documents pertinents pendant la procédure de plainte ou d'appel? • Le droit du malade et des conseillers à assister aux procédures de plainte ou d'appel et à y participer? 	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
--	---	--	--

S. Responsabilités de la police	
<p>1) La loi limite-t-elle les activités de la police afin de protéger les personnes atteintes de troubles mentaux contre une arrestation arbitraire et une détention illégale et d'assurer leur transfert dans un service de soins approprié?</p>	<p>a) b) c) </p>
<p>2) La loi permet-elle aux membres de la famille, à des soignants ou à des professionnels de la santé d'avoir recours à l'aide de la police lorsqu'ils sont confrontés à des malades très agressifs ou ayant perdu tout contrôle de leurs actes?</p>	<p>a) b) c) </p>
<p>3) La loi prescrit-elle l'examen rapide des personnes arrêtées pour un acte criminel et détenues par la police en cas de suspicion de trouble mental?</p>	<p>a) b) c) </p>
<p>4) La loi prévoit-elle l'aide de la police pour le transfert d'une personne hospitalisée d'office dans un service de santé mentale?</p>	<p>a) b) c) </p>

<p>5) La loi dispose-t-elle que la police doit retrouver une personne détenue d'office qui s'est enfuie et la ramener dans le service de santé mentale ?</p>		<p>a) </p> <p>b) </p> <p>c) </p>
<p>T. Délinquants présentant des troubles mentaux</p> <p>1) La loi prescrit-elle le transfert d'une personne présumée coupable d'un délit et atteinte d'un trouble mental dans un établissement de soins de santé mentale, de préférence à une action en justice – compte tenu de la gravité de l'acte; des antécédents psychiatriques de la personne; de l'état de santé mentale au moment de l'acte; du préjudice probable pour la santé de la personne et de l'intérêt d'une poursuite pour la collectivité?</p> <p>2) La loi dispose-t-elle que les personnes incapables à être jugées doivent être examinées et que l'accusation doit être retirée ou suspendue pendant le traitement ?</p> <p>a) La loi accorde-t-elle aux personnes qui font l'objet d'un tel traitement les mêmes droits qu'aux autres personnes internées contre leur gré, y compris le droit à une</p>		<p>a) </p> <p>b) </p> <p>c) </p> <p>a) </p> <p>b) </p> <p>c) </p>

<p>révision judiciaire par un organe indépendant ?</p> <p>3) La loi prescrit-elle le traitement des personnes jugées mentalement déficientes dans un service de santé mentale et permet-elle leur sortie dès que leur état s'est suffisamment amélioré ?</p> <p>4) La loi prévoit-elle, au moment du jugement de personnes atteintes de troubles mentaux, la possibilité d'accorder une période probatoire ou d'ordonner une hospitalisation au lieu d'une peine d'emprisonnement ?</p> <p>5) La loi prescrit-elle le transfert d'un condamné dans un établissement de santé mentale s'il apparaît chez lui un trouble mental pendant son incarcération ?</p> <p>a) La loi prohibe-t-elle le maintien d'un prisonnier dans un service de santé mentale pour une durée supérieure à sa condamnation à moins que les procédures d'internement involontaire soient appliquées ?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
--	---	--	--

<p>6) La loi prévoit-elle des services de santé mentale fermés pour les délinquants atteints de troubles mentaux ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>U. Discrimination</p> <p>1) La loi contient-elle des dispositions visant à protéger de toute discrimination les personnes atteintes de troubles mentaux ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>V. Logement</p> <p>1) La loi protège-t-elle les personnes atteintes de troubles mentaux contre toute discrimination en matière d'attribution de logements ?</p> <p>2) La loi prescrit-elle l'accueil des personnes atteintes de troubles mentaux dans des logements de l'Etat ou des logements subventionnés ?</p> <p>3) La loi prescrit-elle le logement des personnes atteintes de troubles mentaux dans des foyers-transition ou des foyers subventionnés de longue durée ?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>W. Emploi</p> <p>1) La loi protège-t-elle les personnes atteintes de troubles mentaux contre toute discrimination et exploitation au travail ?</p> <p>2) La loi prévoit-elle une certaine souplesse en faveur d'employés atteints de troubles mentaux, par exemple en leur accordant des horaires flexibles pour leur permettre de suivre un traitement?</p> <p>3) La loi prescrit-elle la non discrimination en matière d'emploi des personnes atteintes de troubles mentaux ?</p> <p>4) La loi prescrit-elle la création de programmes de réinsertion professionnelle et d'autres programmes d'emploi dans la communauté ?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>X. Sécurité sociale</p> <p>1) La loi prescrit-elle l'octroi d'indemnités/pensions d'invalidité aux personnes atteintes de troubles mentaux ?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>2) La loi prévoit-elle l'octroi d'indemnités/pensions d'invalidité aux personnes atteintes de troubles mentaux à des taux similaires à ceux qui sont appliqués aux personnes atteintes de handicap physique ?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>Y. Droits fondamentaux</p> <p>1) La loi étend-elle les droits des personnes atteintes de troubles mentaux à tout l'éventail des droits civiliques, politiques, économiques, sociaux et culturels qui s'appliquent à tous?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>Z. Protection des groupes vulnérables</p> <p>i. Protection des mineurs</p> <p>1) La loi limite-t-elle le placement d'office des mineurs dans des services de santé mentale aux cas où toutes les autres solutions communautaires ont déjà été essayées.</p> <p>2) Si des mineurs sont placés dans un service de santé mentale, la loi dispose-t-elle qu'ils doivent être séparés des adultes ?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>3) Si des mineurs sont placés dans un service de santé mentale, la loi garantit-elle que leur environnement est adapté à leur âge et que les conditions de leur épanouissement sont réunies ?</p> <p>a) b) c)</p>			
<p>4) La loi garantit-elle que chaque mineur est représenté par un adulte pour toutes les questions le concernant – et notamment le consentement à un traitement ?</p> <p>a) b) c)</p>			
<p>5) La loi dispose-t-elle qu'il faut tenir compte de l'opinion des mineurs pour toutes les questions les concernant (et notamment le consentement à un traitement) selon leur âge et leur niveau de maturité ?</p> <p>a) b) c)</p>			
<p>6) La législation interdit-elle tous les traitements irréversibles chez les enfants ?</p> <p>a) b) c)</p>			
<p>ii. Protection des femmes</p> <p>1) La législation accorde-t-elle aux femmes atteintes de troubles mentaux les mêmes droits qu'aux hommes en matière civile, politique, économique, sociale et culturelle ?</p> <p>a) b) c)</p>			

<p>2) La loi garantit-elle aux femmes admises dans un service de santé mentale:</p> <p>a) une intimité suffisante?</p> <p>b) des dortoirs séparés de ceux des hommes?</p> <p>3) La loi dispose-t-elle que les femmes atteintes de troubles mentaux bénéficient des mêmes soins psychiatriques que les hommes, y compris l'accès à des services de santé mentale et de soins au sein de la communauté et pour l'hospitalisation et le traitement volontaires et involontaires ?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>iii. Protection des minorités</p> <p>1) La loi dispose-t-elle que les personnes atteintes de troubles mentaux ne doivent être victimes d'aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, la langue, la religion, l'opinion politique ou autre, l'origine nationale, ethnique ou sociale, le statut juridique ou social ?</p> <p>2) La loi dispose-t-elle que l'organe d'examen doit suivre les cas d'hospitalisation et de traitement d'office des ressortissants de minorités et qu'aucune discrimination ne doit être exercée à leur rencontre ?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>3) La loi stipule-t-elle que les réfugiés et les demandeurs d'asile ont droit aux mêmes services et traitements de santé mentale que les ressortissants nationaux?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>AZ. Délits et Peines</p> <p>1) La loi contient-elle un article sur les délits et les peines appropriées?</p> <p>2) La loi prévoit-elle des sanctions appropriées à l'encontre des personnes qui violent les droits des malades tels que prévus par la loi ?</p>	<p>a) b) c) a) b) c)</p>		

Annexe 2. Résumé des dispositions et instruments internationaux principaux relatifs aux droits des personnes atteintes de troubles mentaux

Droits humains essentiels liés à la santé mentale	Instruments qui protègent le droit humain
<p>Les personnes atteintes de troubles mentaux ont droit à la jouissance et à la protection de leurs droits humains fondamentaux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels (ICESCR) • Convention internationale sur les droits civiques et politiques (ICCPR) • Déclaration des Nations Unies sur les droits de l'homme • Charte africaine (Banjul) des droits humains et des peuples • Convention pour la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales • Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme • Convention américaine sur les droits de l'homme • Principes des Nations Unies pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale (Principes MI) • Règles standard sur l'égalité des chances pour les personnes atteintes d'incapacités • Déclaration de Caracas • Recommandation de la Commission inter-américaine sur les droits humains pour la promotion et la protection des droits des malades mentaux
<p>Droit à la plus haute norme possible de soins de santé – y compris pour la santé mentale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels (ICESCR) • Charte africaine (Banjul) des droits humains et des peuples • Principes des Nations Unies pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale (Principes MI) • Règles standard sur l'égalité des chances pour les personnes atteintes d'incapacités • Charte sociale européenne • Déclaration de Caracas • Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale • Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes • Protocole supplémentaire de la Convention américaine sur les droits humains dans le domaine des droits économiques, sociaux et culturels

Protection contre la discrimination	<ul style="list-style-type: none"> • Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels (ICESCR) • Convention internationale sur les droits civiques et politiques (ICCPR) • Convention inter-américaine sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes atteintes d'incapacités • Principes des Nations Unies pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale (Principes MI) • Règles standard sur l'égalité des chances pour les personnes atteintes d'incapacités • Recommandation de la Commission inter-américaine sur les droits humains pour la promotion et la protection des droits des malades mentaux • Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes
Les enfants atteints d'incapacités mentales ont le droit de mener une vie épanouie et décente	<ul style="list-style-type: none"> • Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant • Déclaration et cadre d'action de Salamanque sur l'éducation pour besoins spéciaux • Principes des Nations Unies pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale
Les personnes atteintes de troubles mentaux doivent être protégées contre la torture, les traitements ou les punitions cruels, inhumains ou dégradants	<ul style="list-style-type: none"> • Convention des Nations Unies pour la prévention de la torture et des traitements et punitions inhumains ou dégradants • Charte africaine (Banjul) des droits humains et des peuples • Principes des Nations Unies pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale (Principes MI) • Déclaration de Caracas • Convention internationale sur les droits civiques et politiques (ICCPR) • Convention européenne pour la prévention de la torture et des traitements et punitions inhumains ou dégradants • Recommandation de la Commission inter-américaine sur les droits humains pour la promotion et la protection des droits des malades mentaux
Normes pour les soins et le traitement non volontaires	<ul style="list-style-type: none"> • Principes des Nations Unies pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale (Principes MI) • Recommandation 1235 du Conseil de l'Europe sur la psychiatrie et les droits de l'homme • Déclaration de Caracas • Déclaration de Madrid de l'Association mondiale de psychiatrie

Annexe 3. Principes des Nations Unies pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale

Adoptés par l'Assemblée générale dans sa résolution 46/119 du 17 décembre 1991

Application

Les présents Principes seront appliqués sans discrimination d'aucune sorte fondée sur l'invalidité, la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale, ethnique ou sociale, la situation juridique ou sociale, l'âge, la fortune ou la naissance.

Définitions

Dans les présents Principes :

L'expression "autorité indépendante" désigne une autorité compétente et indépendante prévue par la législation nationale;

Le terme "conseil" désigne un représentant qualifié, légal ou autre;

L'expression "organe de révision" désigne l'organe créé en application du Principe 17 pour examiner le placement ou le maintien d'office d'un patient dans un service de santé mentale;

Le terme "patient" désigne une personne qui reçoit des soins de santé mentale et s'entend de toutes les personnes qui sont admises dans un service de santé mentale;

L'expression "praticien de santé mentale" désigne un médecin, un psychologue clinicien, un(e) infirmier(ère), un(e) travailleur(euse) social(e) ou toute autre personne dûment formée et qualifiée, ayant des compétences particulières en matière de soins de santé mentale;

L'expression "représentant personnel" désigne une personne à qui incombe en droit le devoir de représenter les intérêts d'un patient dans tout domaine déterminé ou d'exercer des droits déterminés en son nom, et s'entend notamment du parent ou du représentant légal d'un mineur, à moins que la législation nationale n'en dispose autrement;

L'expression "service de santé mentale" désigne tout établissement ou toute unité d'un établissement qui se consacre principalement aux soins de santé

L'expression "soins de santé mentale" s'entend notamment de l'analyse de l'état mental d'une personne et du diagnostic porté en l'espèce, ainsi que du traitement, des soins et de la réadaptation dispensés en cas de maladie mentale ou de soupçon de maladie mentale.

Clause générale de réserve

L'exercice des droits énoncés dans les présents Principes ne peut être soumis qu'aux limitations qui sont prévues par la loi et qui sont nécessaires pour protéger la santé ou la sécurité de l'intéressé ou d'autrui, ou pour protéger la sécurité, l'ordre, la santé ou la moralité publics ou les libertés et droits fondamentaux d'autrui.

Principe 1

Libertés fondamentales et droits de base

1. Toute personne a droit aux meilleurs soins de santé mentale disponibles, dans le cadre du système de santé et de protection sociale.
2. Toute personne atteinte de maladie mentale ou soignée comme telle doit être traitée avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine.
3. Toute personne atteinte de maladie mentale ou soignée comme telle a le droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation économique, sexuelle ou autre, contre les mauvais traitements physiques ou autres et contre les traitements dégradants.
4. Aucune discrimination fondée sur la maladie mentale n'est admise. Le mot "discrimination" s'entend de tout traitement différent, exclusif ou préférentiel ayant pour effet de supprimer l'égalité de droits ou d'y faire obstacle. Les mesures spéciales visant uniquement à protéger les droits des personnes atteintes de maladie mentale ou à améliorer leur état ne doivent pas être considérées comme ayant un caractère discriminatoire. Il n'y a pas discrimination en cas de traitement différent, exclusif ou préférentiel conforme aux dispositions des présents Principes et

nécessaire pour protéger les droits de l'homme d'une personne atteinte de maladie mentale ou de toute autre personne.

5. Toute personne atteinte de maladie mentale a le droit d'exercer tous les droits civiques, politiques, économiques, sociaux et culturels reconnus dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le Pacte international relatif aux droits civiques et politiques et d'autres instruments pertinents tels que la Déclaration des droits des personnes handicapées et l'Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement.

6. Toute décision selon laquelle, en raison de sa maladie mentale, une personne n'a pas la capacité juridique et toute décision selon laquelle, en conséquence de cette incapacité, un représentant personnel sera nommé, ne sera prise qu'après que la cause aura été entendue équitablement par un tribunal indépendant et impartial institué par la législation nationale. La personne dont la capacité est en cause a le droit d'être représentée par un conseil. Si la personne dont la capacité est en cause ne s'assure pas elle-même les services d'un tel représentant, ce représentant sera mis à sa disposition sans frais dans la mesure où elle n'a pas les moyens suffisants pour rétribuer ses services. Le conseil ne doit pas représenter dans la même procédure un service de santé mentale ou son personnel et ne doit pas non plus représenter un membre de la famille de la personne dont la capacité est en cause, à moins que le tribunal n'ait la conviction qu'il n'y a pas de conflit d'intérêts. Les décisions concernant la capacité et la nécessité d'un représentant personnel doivent être réexaminées à des intervalles raisonnables prescrits par la législation nationale. La personne dont la capacité est en cause, son représentant personnel, le cas échéant, et toute autre personne intéressée auront le droit de faire appel des décisions en question devant un tribunal supérieur.

7. Quand un tribunal ou un autre organe judiciaire compétent constate qu'une personne atteinte d'une maladie mentale est incapable de gérer ses propres affaires, des mesures sont prises pour protéger ses intérêts pour autant qu'il soit jugé nécessaire et approprié compte tenu de l'état de cette personne.

Principe 2

Protection des mineurs

Aux fins des présents Principes et dans le cadre des dispositions de droit interne relatives à la protection des mineurs, il y a lieu de veiller à protéger les droits des mineurs et de désigner notamment, si nécessaire, un représentant légal autre qu'un membre de la famille.

Principe 3

Vie au sein de la société

Toute personne atteinte de maladie mentale a, dans la mesure du possible, le droit de vivre et de travailler au sein de la société.

Principe 4

Décision de maladie mentale

1. Il ne peut être décidé qu'une personne est atteinte de maladie mentale que conformément aux normes médicales acceptées sur le plan international.

2. La décision de maladie mentale ne doit jamais se fonder sur des considérations politiques, économiques ou de situation sociale, ni d'appartenance à un groupe culturel, racial ou religieux, ni sur aucune autre considération n'ayant pas de rapport direct avec l'état de santé mentale.

3. Les conflits familiaux ou professionnels, ou la non-conformité aux valeurs morales, sociales, culturelles ou politiques ou aux convictions religieuses prévalant dans la société à laquelle une personne appartient ne doivent jamais être des facteurs déterminants dans le diagnostic de maladie mentale.

4. Le fait qu'une personne ait été soignée ou hospitalisée dans le passé ne peut en lui-même justifier un diagnostic présent ou futur de maladie mentale.

5. Nul individu ou autorité ne peut classer une personne comme atteinte de maladie mentale, ni autrement indiquer que cette personne est atteinte d'une telle maladie, si ce n'est à des fins directement liées à la maladie mentale ou à ses conséquences.

Principe 5

Examen médical

Nul ne sera astreint à subir un examen médical pour déterminer s'il est ou non atteint de maladie mentale, si ce n'est en application d'une procédure autorisée par la législation nationale.

Principe 6

Confidentialité

Le droit à la confidentialité des renseignements concernant toutes les personnes auxquelles s'appliquent les présents Principes doit être respecté.

Principe 7

Rôle de la société et de la culture

1. Tout patient a, dans la mesure du possible, le droit d'être traité et soigné dans le milieu où il vit.
2. Lorsque le traitement est dispensé dans un service de santé mentale, tout patient a le droit, chaque fois que cela est possible, de le suivre à proximité de son domicile ou du domicile de membres de sa famille ou d'amis, et de retourner dès que possible dans son milieu de vie.
3. Tout patient a droit à un traitement adapté à son milieu culturel.

Principe 8

Normes de soins

1. Tout patient a droit à des soins et à une protection sociale appropriés aux besoins de sa santé, et à des soins et des traitements conformes aux mêmes normes que les autres malades.
2. Tout patient doit être protégé des atteintes que pourraient lui causer notamment les médicaments injustifiés, les mauvais traitements provenant d'autres patients, du personnel du service ou d'autres personnes, ou les autres actes de nature à entraîner une souffrance mentale ou physique.

Principe 9

Traitement

1. Tout patient a le droit d'être traité dans l'environnement le moins restrictif possible et selon le traitement le moins restrictif ou portant atteinte à l'intégrité du patient répondant à ses besoins de santé et à la nécessité d'assurer la sécurité physique d'autrui.
2. 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.
3. Les soins de santé mentale doivent, toujours, être dispensés conformément aux normes d'éthique applicables aux praticiens de santé mentale, y compris aux normes acceptées sur le plan international, telles que les principes d'éthique médicale adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies. Il ne doit jamais être abusé des connaissances et des méthodes de soins de santé mentale.
4. Le traitement de tout patient doit tendre à préserver et à renforcer son autonomie personnelle.

Principe 10

Médicaments

1. Les médicaments doivent répondre au mieux aux besoins de santé du patient, être dispensés uniquement à des fins thérapeutiques et de diagnostic, et jamais à titre de châtimeur ou pour la commodité d'autrui. Sous réserve des dispositions du paragraphe 15 du Principe 11, les praticiens de santé mentale doivent prescrire uniquement des médicaments dont l'efficacité est connue ou démontrée.
2. Tous les médicaments doivent être prescrits par un praticien de santé mentale, légalement habilité, et inscrits au dossier du patient.

Principe 11

Consentement au traitement

1. Aucun traitement ne doit être administré à un patient sans qu'il y ait donné son consentement en connaissance de cause, sous réserve des cas prévus aux paragraphes 6, 7, 8, 13 et 15.
2. Par consentement en connaissance de cause, on entend le consentement librement donné, en l'absence de toute menace ou manœuvre, et après des explications suffisantes et compréhensibles données au patient, sous une forme et dans un langage qui lui sont accessibles, sur :
 - a) Le processus de diagnostic;
 - b) Le but, les méthodes, la durée probable et les bénéfices escomptés du traitement proposé;
 - c) Les autres modes de traitement possibles, y compris les modes de traitement portant moins atteinte à l'intégrité du patient;
 - d) Les douleurs et désagréments pouvant résulter du traitement, ses risques éventuels et ses effets secondaires.
3. Le patient peut demander la présence d'une personne ou de plusieurs personnes de son choix au cours de la procédure requise pour l'octroi du consentement.
4. Le patient a le droit de refuser le traitement ou d'y mettre fin, excepté dans les cas prévus aux paragraphes 6, 7, 8, 13 et 15 ci-dessous. Les conséquences de ce refus ou de cet arrêt doivent lui être expliquées.
5. Le patient ne doit jamais être invité ou encouragé à renoncer au droit de donner son consentement en connaissance de cause. Si le patient manifeste l'intention de renoncer à ce droit, il lui sera expliqué que le traitement ne peut pas être dispensé sans son consentement donné en connaissance de cause.
6. Excepté dans les cas prévus aux paragraphes 7, 8, 12, 13, 14 et 15 ci-dessous, le traitement proposé peut être dispensé au patient sans son consentement donné en connaissance de cause, si les conditions ci-après sont remplies :
 - a) Que le patient ne soit pas un patient volontaire au moment considéré;
 - b) Qu'une autorité indépendante, ayant en sa possession tous les éléments d'information nécessaires, y compris les éléments indiqués au paragraphe 2 ci-dessus, soit convaincue que le patient n'a pas, au moment considéré, la capacité de donner ou de refuser son consentement en connaissance de cause au traitement proposé, ou si la législation nationale le prévoit, que, eu égard à la sécurité du patient ou à celle d'autrui, le patient refuse déraisonnablement son consentement; et
 - c) Que l'autorité indépendante soit convaincue que le traitement proposé répond au mieux aux besoins de la santé du patient.
7. Le paragraphe 6 ci-dessus ne s'applique pas à un patient ayant un représentant personnel habilité par la loi à consentir au traitement en son nom, étant entendu toutefois que, dans les cas prévus aux paragraphes 12, 13, 14 et 15 ci-dessous, le traitement peut être administré audit patient sans son consentement donné en connaissance de cause si son représentant personnel, après avoir eu connaissance des éléments d'information indiqués au paragraphe 2 ci-dessus, y consent en son nom.
8. Excepté dans les cas prévus aux paragraphes 12, 13, 14 et 15 ci-dessous, le traitement peut également être dispensé à un patient sans son consentement donné en connaissance de cause si un praticien de santé mentale qualifié, habilité par la loi, conclut que ce traitement est urgent et nécessaire pour prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui. Ce traitement ne doit durer que le temps strictement nécessaire à cet effet.
9. Lorsqu'un traitement est autorisé sans le consentement du patient donné en connaissance de cause, tout est fait néanmoins pour tenter d'informer le patient de la nature du traitement et de tout autre mode de traitement possible, et pour faire participer le patient dans la mesure du possible à l'application du traitement.
10. Tout traitement est immédiatement inscrit dans le dossier du patient, avec mention de son caractère volontaire ou non volontaire.
11. La contrainte physique ou l'isolement du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées du service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui. Le recours à ces mesures ne doit durer que le temps strictement nécessaire à cet effet. Toutes les mesures de contrainte physique ou d'isolement, les raisons qui les motivent, leur nature et leur

étendue, doivent être inscrites dans le dossier du patient. Tout patient soumis à la contrainte physique ou à l'isolement doit bénéficier de conditions humaines et être soigné et régulièrement et étroitement surveillé par un personnel qualifié. Dans le cas d'un patient ayant un représentant personnel, celui-ci est avisé sans retard, le cas échéant, de toute mesure de contrainte physique ou d'isolement.

12. La stérilisation ne doit jamais être appliquée en tant que traitement des maladies mentales.

13. Une personne atteinte de maladie mentale ne peut subir d'intervention médicale ou chirurgicale importante que si la législation nationale le permet, si l'on considère qu'elle répond à l'intérêt supérieur du patient et si celui-ci y donne son consentement en connaissance de cause; lorsque le patient n'est pas en mesure de donner son consentement en connaissance de cause, l'intervention ne doit être autorisée qu'après un examen indépendant.

14. La psychochirurgie et les autres traitements portant atteinte à l'intégrité du patient et irréversibles applicables en cas de maladie mentale ne doivent jamais être appliqués à un patient non volontaire d'un service de santé mentale et dans la mesure où la législation nationale les autorise, ils ne peuvent être appliqués à tout autre patient que si celui-ci y a donné son consentement en connaissance de cause et si un organisme extérieur et indépendant se déclare convaincu que le consentement du patient a été réellement donné en connaissance de cause et que ce traitement répond à l'intérêt supérieur du patient.

15. Les essais cliniques et les traitements expérimentaux ne doivent jamais être menés sur un patient sans son consentement donné en connaissance de cause, étant entendu cependant qu'un patient qui n'est pas capable de donner un tel consentement peut faire l'objet d'un essai clinique ou d'un traitement expérimental particulier mais uniquement après examen et approbation d'un organisme indépendant et compétent spécialement constitué à cette fin.

16. Dans les cas visés aux paragraphes 6, 7, 8, 13, 14 et 15 ci-dessus, le patient ou son représentant personnel ou toute personne intéressée ont, à l'égard de tout traitement auquel le patient est soumis, le droit de présenter un recours auprès d'un organe judiciaire ou d'une autre autorité indépendante.

Principe 12

Notification des droits

1. Dès son admission dans un service de santé mentale, tout patient doit être informé dès que possible, sous une forme et dans un langage qu'il peut comprendre, de tous ses droits conformément aux présents Principes et en vertu de la législation nationale, et cette information sera assortie d'une explication de ces droits et des moyens de les exercer.

2. Si le patient n'est pas capable de comprendre ces informations, et tant que cette incapacité durera, ses droits seront portés à la connaissance de son représentant personnel le cas échéant, et de la personne ou des personnes qui sont les mieux à même de représenter ses intérêts et qui sont disposées à le faire.

3. Un patient qui en a la capacité a le droit de désigner la personne qui sera informée en son nom, ainsi que la personne chargée de représenter ses intérêts auprès des autorités du service.

Principe 13

Droits et conditions de vie dans les services de santé mentale

1. Tout patient admis dans un service de santé mentale a droit, en particulier, au plein respect de :

a) La reconnaissance en droit en tant que personne en toutes circonstances;

b) La vie privée;

c) La liberté de communication, notamment avec d'autres personnes dans le service; la liberté d'envoyer et de recevoir des communications privées sans aucune censure; la liberté de recevoir des visites privées d'un conseil ou d'un représentant personnel et, chaque fois que cela est raisonnable, d'autres visiteurs; et la liberté d'accès aux services postaux et téléphoniques ainsi qu'aux journaux, à la radio et à la télévision;

d) La liberté de religion ou de conviction.

2. L'environnement et les conditions de vie dans les services de santé mentale doivent être aussi proches que possible de la vie normale des personnes d'un âge correspondant, et notamment comprendre :

a) Des installations pour les loisirs;

- b) Des moyens d'éducation;
 - c) Des possibilités d'acheter ou de recevoir les articles nécessaires à la vie quotidienne, aux loisirs et à la communication;
 - d) Des moyens permettant au patient de se livrer à des occupations actives adaptées à son milieu social et culturel, des encouragements à user de ces moyens, et des mesures de réadaptation professionnelle de nature à faciliter sa réinsertion dans la société. Il devrait être prévu à ce titre des services d'orientation et de formation professionnelle ainsi que de placement pour permettre aux patients de trouver ou de conserver un emploi dans la société.
3. En aucun cas le patient ne peut être soumis à un travail forcé. Dans la mesure où les besoins du patient et les exigences de l'administration des établissements le permettent, un patient peut choisir le type de travail auquel il souhaite se livrer.
4. Le travail effectué par un patient dans un service de santé mentale ne doit pas donner lieu à exploitation. Tout patient a droit, pour tout travail effectué par lui, à la même rémunération que celle qu'une personne extérieure recevrait pour un travail identique selon les lois ou les coutumes du pays. Le patient a en toutes circonstances le droit de recevoir une part équitable de toute rémunération versée au service de santé mentale pour son travail.

Principe 14

Ressources des services de santé mentale

1. Les services de santé mentale doivent disposer du même niveau de ressources que tout autre établissement de santé, notamment :
- a) Un personnel médical et un personnel spécialisé qualifié et en nombre suffisant, et un espace suffisant pour respecter la vie privée des patients et leur offrir des thérapies appropriées et actives;
 - b) Un matériel de diagnostic et de soins aux patients;
 - c) Des soins spécialisés appropriés; et
 - d) Des moyens de traitement adéquats, réguliers et complets, y compris en fournitures de médicaments.
2. Tout service de santé mentale doit être inspecté par les autorités compétentes avec une fréquence suffisante pour veiller à ce que les conditions de vie et de traitement des patients et les soins qui leur sont dispensés soient conformes aux présents Principes.

Principes 15

Principes de placement

1. Si un patient a besoin d'être soigné dans un service de santé mentale, tout doit être fait pour éviter qu'il n'y soit placé d'office.
2. L'admission dans un service de santé mentale est administrée de la même manière que l'admission dans tout autre service pour toute autre maladie.
3. Tout patient qui n'est pas placé d'office dans un service de santé mentale a le droit de le quitter à tout moment, à moins que ne soient réunies les conditions justifiant son maintien d'office, telles que prévues au Principe 16, et il doit être informé de ce droit.

Principe 16

Placement d'office

1. Une personne a) ne peut être placée d'office dans un service de santé mentale; b) ou, ayant déjà été admise volontairement dans un service de santé mentale, ne peut y être gardée d'office, qu'à la seule et unique condition qu'un praticien de santé mentale qualifié et habilité à cette fin par la loi décide, conformément au Principe 4, que cette personne souffre d'une maladie mentale et considère :
- a) Que, en raison de cette maladie mentale, il y a un risque sérieux de dommage immédiat ou imminent pour cette personne ou pour autrui;
 - b) Ou que, dans le cas d'une personne souffrant d'une grave maladie mentale et dont le jugement est atteint, le fait de ne pas placer ou garder d'office cette personne serait de nature à entraîner une grave détérioration de son état ou empêcherait de lui dispenser un traitement adéquat qui ne peut être administré que par placement dans un service de santé mentale conformément au principe de la solution la moins contraignante.
- Dans le cas visé à l'alinéa b), un deuxième praticien de santé mentale répondant aux mêmes

conditions que le premier et indépendant de celui-ci est consulté si cela est possible. Si cette consultation a lieu, le placement ou le maintien d'office du patient ne peut se faire qu'avec l'assentiment de ce deuxième praticien.

2. La mesure de placement ou de maintien d'office est prise initialement pour une brève période prévue par la législation nationale aux fins d'observation et de traitement préliminaire, en attendant que la décision de placement ou de maintien d'office du patient soit examinée par l'organe de révision. Les raisons du placement sont communiquées sans retard au patient, de même que le placement et les raisons qui le motivent sont aussi communiqués sans délai à l'organe de révision, au représentant personnel du patient, s'il en a un, et, sauf objection du patient, à la famille de celui-ci.

3. Un service de santé mentale ne peut recevoir de patients placés d'office que s'il a été désigné à cet effet par une autorité compétente prévue par la législation nationale.

Principe 17

Organe de révision

1. L'organe de révision est un organe judiciaire ou un autre organe indépendant et impartial établi et agissant selon les procédures fixées par la législation nationale. Il prend ses décisions avec le concours d'un ou plusieurs praticiens de santé mentale qualifiés et indépendants et tient compte de leur avis.

2. Comme prescrit au paragraphe 2 du Principe 16, l'organe de révision procède à l'examen initial d'une décision de placer ou de garder d'office un patient dès que possible après l'adoption de cette décision et selon des procédures simples et rapides fixées par la législation nationale.

3. L'organe de révision examine périodiquement les cas des patients placés d'office à des intervalles raisonnables fixés par la législation nationale.

4. Tout patient placé d'office peut présenter à l'organe de révision une demande de sortie ou de placement volontaire, à des intervalles raisonnables fixés par la législation nationale.

5. A chaque réexamen, l'organe de révision examine si les conditions du placement d'office énoncées au paragraphe 1 du Principe 16 sont toujours réunies, sinon, il est mis fin au placement d'office du patient.

6. Si, à tout moment, le praticien de santé mentale chargé du cas estime que les conditions pour maintenir une personne en placement d'office ne sont plus réunies, il prescrit qu'il soit mis fin au placement d'office de cette personne.

7. Un patient ou son représentant personnel ou toute autre personne intéressée a le droit de faire appel devant une instance supérieure d'une décision de placement ou de maintien d'office d'un patient dans un service de santé mentale.

Principe 18

Garanties de procédure

1. Le patient a le droit de choisir et de désigner un conseil pour le représenter en tant que tel, y compris pour le représenter dans toute procédure de plainte ou d'appel. Si le patient ne s'assure pas de tels services, un conseil sera mis à la disposition du patient sans frais pour lui dans la mesure où il n'a pas de moyens suffisants pour le rémunérer.

2. Le patient a aussi le droit à l'assistance, si nécessaire, des services d'un interprète. S'il a besoin de tels services et ne se les assure pas, ils seront mis à sa disposition sans frais pour lui dans la mesure où il n'a pas de moyens suffisants pour les rétribuer.

3. Le patient et son conseil peuvent demander et présenter à toute audience un rapport établi par un spécialiste indépendant de la santé mentale et tous autres rapports et éléments de preuve verbaux, écrits et autres qui sont pertinents et recevables.

4. Des copies du dossier du patient et de tous les rapports et documents devant être présentés doivent être données au patient et au conseil du patient, sauf dans les cas spéciaux où il est jugé que la révélation d'un élément déterminé au patient nuirait gravement à la santé du patient ou compromettrait la sécurité d'autrui. Au cas où la législation nationale le permet et si la discrétion peut être garantie, tout document qui n'est pas donné au patient devrait être donné au représentant et au conseil du patient. Quand une partie quelconque d'un document n'est pas communiquée à un patient, le patient ou le conseil du patient, le cas échéant, doit être avisé de la non-communication et des raisons qui la motivent, et la décision de non-communication pourra être réexaminée par le tribunal.

5. Le patient, le représentant personnel et le conseil du patient ont le droit d'assister, de participer à toute audience et d'être entendus personnellement.

6. Si le patient, le représentant personnel ou le conseil du patient demandent que telle ou telle personne soit présente à l'audience, cette personne y sera admise, à moins qu'il ne soit jugé que la présence de la personne risque d'être gravement préjudiciable à l'état de santé du patient, ou de compromettre la sécurité d'autrui.

7. Lors de toute décision sur le point de savoir si l'audience ou une partie de l'audience doit se dérouler en public ou en privé et s'il peut en être rendu compte publiquement, il convient de tenir dûment compte des souhaits du patient lui-même, de la nécessité de respecter la vie privée du patient et d'autres personnes et de la nécessité d'empêcher qu'un préjudice grave ne soit causé à l'état de santé du patient ou d'éviter de compromettre la sécurité d'autrui.

8. La décision qui sera prise à l'issue de l'audience et les raisons qui la motivent seront indiquées par écrit. Des copies en seront données au patient, à son représentant personnel et à son conseil. Pour décider si la décision doit ou non être publiée intégralement ou en partie, il sera pleinement tenu compte des vœux du patient lui-même, de la nécessité de respecter sa vie privée et celle d'autres personnes, de l'intérêt public concernant la transparence dans l'administration de la justice et de la nécessité d'empêcher qu'un préjudice grave ne soit causé à la santé du patient ou d'éviter de compromettre la sécurité d'autrui.

Principe 19

Accès à l'information

1. Un patient (terme qui s'entend également d'un ancien patient dans le présent Principe) doit avoir accès aux informations le concernant se trouvant dans ses dossiers médical et personnel que le service de santé mentale détient. Ce droit peut faire l'objet de restrictions afin d'empêcher qu'un préjudice grave ne soit causé à la santé du patient et d'éviter de compromettre la sécurité d'autrui. Au cas où la législation nationale le permet et si la discrétion peut être garantie, les renseignements qui ne sont pas donnés au patient peuvent être donnés au représentant personnel et au conseil du patient. Quand une partie des informations n'est pas communiquée à un patient, le patient ou le conseil du patient, le cas échéant, doit être avisé de la non-communication et des raisons qui la motivent et la décision peut faire l'objet d'un réexamen par le tribunal.

2. Toutes observations écrites du patient, du représentant personnel ou du conseil du patient doivent, à la demande de l'un d'eux, être versées au dossier du patient.

Principe 20

Délinquants de droit commun

1. Le présent Principe s'applique aux personnes qui exécutent des peines de prison pour avoir commis des infractions pénales, ou qui sont détenues dans le cadre de poursuites ou d'une enquête engagées contre elles au pénal, et dont il a été établi qu'elles étaient atteintes de maladie mentale ou dont il est jugé qu'elles sont peut-être atteintes d'une telle maladie.

2. Toutes ces personnes doivent recevoir les meilleurs soins de santé mentale disponibles comme prévu au Principe 1. Les présents Principes leur sont applicables dans toute la mesure du possible, sous réserve des quelques modifications et exceptions qui s'imposent en l'occurrence. Aucune de ces modifications et exceptions ne doit porter atteinte aux droits reconnus à ces personnes par les instruments visés au paragraphe 5 du Principe 1.

3. La législation nationale peut autoriser un tribunal ou une autre autorité compétente, en se fondant sur des avis médicaux compétents et indépendants, à ordonner le placement de telles personnes dans un service de santé mentale.

4. Le traitement de personnes dont il a été établi qu'elles étaient atteintes de maladie mentale doit être en toutes circonstances conforme au Principe 11.

Principe 21

Plaintes

Tout patient et ancien patient ont le droit de porter plainte conformément aux procédures prévues par la législation nationale.

Principe 22

Contrôle et recours

Les Etats 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.

Principe 23

Mise en oeuvre

1. Les Etats doivent donner effet aux présents Principes par l'adoption de mesures législatives, judiciaires, administratives, éducatives et autres appropriées, qu'ils devront réexaminer périodiquement.
2. Les Etats accorderont une large diffusion à ces principes par des moyens actifs et appropriés.

Principe 24

Portée des principes en ce qui concerne les services de santé mentale

Les présents Principes s'appliquent à toutes les personnes qui sont placées dans un service de santé mentale.

Principe 25

Clause de sauvegarde des droits en vigueur

Les présents Principes ne portent nullement atteinte à aucun des droits existants des patients, notamment aux droits reconnus dans la législation nationale ou internationale applicable, même si lesdits principes ne reconnaissent pas ces droits ou ne les reconnaissent que dans une moindre mesure.

Pour des informations et une orientation supplémentaires sur les Principes MI, voir également les Directives pour la promotion des droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996; disponible à l'adresse: http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_MNH_MND_95.4.pdf

Annexe 4. Extrait de la Déclaration OMS/PAHO de Caracas

Les législateurs, associations, autorités sanitaires, spécialistes de la santé mentale et juristes réunis à l'occasion de la Conférence régionale sur la restructuration des soins psychiatriques en Amérique latine dans le cadre du modèle des systèmes locaux de santé,

DÉCLARENT

1. Que la restructuration des soins psychiatriques sur la base des soins de santé primaires et dans le cadre du modèle des systèmes locaux de santé permet de faire prévaloir des modèles de remplacement axés sur la communauté et intégrés dans les réseaux sociaux et sanitaires.
2. Que la restructuration des soins psychiatriques dans la Région implique une révision critique du rôle hégémonique et centralisateur de l'hôpital psychiatrique dans la dispensation des services de santé mentale.
3. Que les ressources, les soins et le traitement dispensés doivent :
 - a) préserver impérativement la dignité de la personne ainsi que les droits de l'homme et les droits civiques;
 - b) être fondés sur des critères rationnels et techniquement appropriés;
 - c) viser à ce que le malade reste dans son milieu communautaire.
4. Que les législations nationales doivent être reformulées, le cas échéant, de façon à :
 - a) garantir le respect des droits de l'homme et des droits civiques des malades mentaux;
 - b) faciliter l'organisation de services qui garantissent leur application.
5. Que la formation des ressources humaines en santé mentale et en soins psychiatriques doit utiliser un modèle axé sur le centre de santé communautaire et favorisant l'internement psychiatrique dans des hôpitaux généraux, conformément aux principes directeurs sur lesquels est fondée cette restructuration.
6. Que les organisations, associations et autres participants à la Conférence s'engagent conjointement et solidairement à soutenir et mettre en oeuvre dans les pays des programmes favorisant la restructuration requise, ainsi qu'à surveiller et défendre les droits de l'homme des malades mentaux, conformément aux législations nationales et aux accords internationaux pertinents.

A cette fin, ils demandent aux ministères de la santé, aux ministères de la justice, aux parlements, aux organismes de sécurité sociale et autres institutions dispensant des soins de santé, aux organisations professionnelles, aux associations de consommateurs, aux universités ou autres centres de formation ainsi qu'aux médias de soutenir la restructuration des soins psychiatriques aux fins d'en assurer la réussite au profit des populations de la Région.

Extrait du texte adopté le 14 novembre 1990 par la Conférence régionale sur la restructuration des soins psychiatriques en Amérique latine, organisée à Caracas (Vénézuéla) par l'Organisation panaméricaine de la Santé/Bureau régional de l'OMS pour les Amériques. Recueil international de Législation sanitaire, 1991, 42(2) : 361-363.

Annexe 5. Extrait de la Déclaration de Madrid de l'Association mondiale de psychiatrie

Déclaration de Madrid sur les recommandations éthiques pour la pratique de la psychiatrie

Approuvée par l'Assemblée générale le 25 août 1996 et confirmée par l'Assemblée générale à Yokohama au Japon en août 2002

En 1977, l'Association mondiale de psychiatrie a approuvé la Déclaration de Hawaii, qui a fixé les directives éthiques pour la pratique de la psychiatrie. La Déclaration a été actualisée à Vienne en 1983. Pour faire refléter l'impact du changement des attitudes sociales et des nouveaux développements en matière médicale sur la profession psychiatrique, l'Association mondiale de psychiatrie a examiné et révisé à nouveau certaines de ces normes éthiques.

La médecine est à la fois un art curatif et une science. La dynamique de cette combinaison apparaît le mieux en psychiatrie, la branche de médecine qui se spécialise dans les soins et la protection des personnes malades et infirmes à cause de troubles ou d'affections mentales. Bien qu'il puisse y avoir des différences culturelles, sociales et nationales, la nécessité d'une conduite éthique et de la révision continue des normes éthiques est universelle.

En tant que praticiens de la médecine, les psychiatres doivent être informés des implications éthiques de la profession de médecin et des exigences éthiques spécifiques de la spécialité de psychiatrie. En tant que membres de la société, les psychiatres doivent préconiser un traitement juste et égal des malades mentaux pour la justice sociale et l'équité en faveur de tous.

Le comportement éthique repose sur le sens qu'a le psychiatre de sa responsabilité vis-à-vis du malade et de son jugement quand il détermine ce qu'est une conduite correcte et appropriée. Des normes et influences externes telles que les codes professionnels de conduite, l'étude de l'éthique ou la suprématie du droit en eux-mêmes ne garantiront pas la pratique éthique de la médecine.

Les psychiatres doivent à tout moment avoir présentes à l'esprit les limites du rapport psychiatre-patient, et être guidés principalement par le respect des malades et le souci de leurs bien-être et intégrité.

C'est dans cet esprit que l'Association mondiale de psychiatrie a approuvé à l'Assemblée générale du 25 août 1996 les normes éthiques suivantes, qui doivent régir la conduite des psychiatres dans le monde entier.

1. La psychiatrie est une discipline médicale qui se consacre à la mise en œuvre des meilleurs traitements des troubles mentaux, à la réinsertion des personnes souffrant de maladies mentales et à la promotion de la santé mentale. Les psychiatres sont au service des patients en fournissant les meilleures thérapeutiques disponibles conformes aux connaissances scientifiques admises et aux principes éthiques. Les psychiatres doivent donner la préférence aux interventions thérapeutiques qui entravent le moins la liberté du patient et s'entourer de conseil pour les domaines de leur activité qui ne relèvent pas de leur compétence principale. Ce faisant, les psychiatres doivent être conscients et concernés par la distribution équitable des ressources de santé.

2. Il est du devoir des psychiatres de suivre les développements scientifiques de la spécialité et de contribuer à une mise à jour mutuelle des connaissances. Les psychiatres formés à la recherche doivent chercher à étendre les frontières scientifiques de la psychiatrie.

3. Le patient doit être considéré comme un partenaire à part entière dans le processus thérapeutique. La relation thérapeute-patient doit être basée sur la confiance et le respect mutuel pour permettre au patient de prendre des décisions libres et en connaissance de cause. Il est du devoir des psychiatres de fournir au patient les informations pertinentes de manière à lui donner la possibilité de parvenir à une décision raisonnée et conforme à ses valeurs et préférences personnelles.

4. Lorsque le patient est invalidé et/ou dans l'incapacité d'exercer un jugement convenable/propre en raison d'un trouble mental, ou sérieusement handicapé, le psychiatre doit prendre l'avis de la famille, et si cela est opportun prendre conseil auprès d'un conseiller juridique pour assurer la protection de la dignité humaine du patient et de ses droits fondamentaux. Aucun traitement ne devra être pratiqué contre la volonté du patient, à moins que le refus de traitement ne mette en danger sa vie et /ou celle de son entourage. Les traitements doivent toujours être utilisés dans le seul intérêt du patient.

5. Quand les psychiatres sont chargés de procéder à une expertise, il est de leur premier devoir d'informer et avertir la personne concernée et lui préciser l'objet de leur intervention, l'utilisation de leurs conclusions et les répercussions possibles de leur mission. C'est particulièrement important lorsque les psychiatres interviennent dans des situations où des tiers sont impliqués.

6. Toute information recueillie dans le cadre de la relation thérapeutique doit rester confidentielle et ne servir exclusivement dans le seul but d'améliorer l'état de santé mentale du patient. Les psychiatres ont interdiction d'utiliser de telles informations à des fins personnelles ou pour en tirer des bénéfices financiers ou académiques. Une brèche de confidentialité ne peut être appropriée que dans le cas où le maintien de la confidentialité mettrait sérieusement en danger la santé physique ou mentale du patient ou d'un tiers ; dans de telles circonstances les psychiatres devront dans la mesure du possible informer en premier le patient de ce qui va être fait.

7. Toute recherche qui n'est pas conduite conformément aux critères de la science n'est pas éthique. Les activités de recherche doivent être approuvées par un comité de recherche constitué de manière appropriée. Les psychiatres doivent respecter dans la conduite de la recherche les règles nationales et internationales. Seules des personnes formées spécialement à la recherche doivent l'entreprendre ou la diriger. En raison de la vulnérabilité particulière des malades mentaux vis à vis de la recherche des précautions particulières doivent être prises pour sauvegarder aussi bien leur autonomie que leur intégrité physique et mentale. Des considérations éthiques doivent aussi être respectées dans le choix des populations étudiées, dans tous les types de recherche y compris les études épidémiologiques et sociologiques ainsi que dans les recherches collaboratives associant d'autres disciplines ou plusieurs domaines d'investigation.

DIRECTIVES POUR DES SITUATIONS SPÉCIFIQUES

Le Comité d'Éthique de l'Association mondiale de Psychiatrie reconnaît la nécessité d'élaborer des directives particulières pour un certain nombre de situations spécifiques. Les cinq premières ont été approuvées par l'Assemblée générale à Madrid en Espagne le 25 août 1996 et les trois dernières par l'Assemblée générale à Hambourg en Allemagne le 8 août 1999.

1. Euthanasie: Le devoir d'un médecin est avant tout la promotion de la santé, la réduction de la souffrance et la protection de la vie. Le psychiatre, dont certains malades souffrent d'une incapacité grave et ne peuvent de ce fait prendre une décision informelle, doit particulièrement faire attention pour ce qui est des actions qui pourraient entraîner la mort des personnes qui ne peuvent pas se protéger en raison de leur incapacité. Le psychiatre doit savoir que l'opinion d'un malade peut être déformée par une affection mentale telle que la dépression. Dans ces situations, le rôle du psychiatre est de traiter la maladie.

2. Torture: Les psychiatres ne participent pas à quelque processus que ce soit de torture mentale ou physique, même lorsque les autorités tentent de les forcer à participer à de tels actes.

3. Peine capitale: En aucune circonstance les psychiatres ne doivent participer à des exécutions légalement autorisées ou à des évaluations de la compétence à être exécuté.

4. Sélection du sexe: En aucune circonstance un psychiatre ne doit participer à des décisions visant à interrompre une grossesse à des fins de sélection du sexe.

5. Transplantation d'organe: Le rôle du psychiatre est d'éclaircir les questions relatives aux dons d'organe et de donner son avis sur les facteurs religieux, culturels, sociaux et familiaux afin de s'assurer que toutes les parties intéressées prennent des décisions appropriées en connaissance de cause. Les psychiatres ne doivent pas prendre des décisions en lieu et place des malades ni utiliser des compétences psychothérapeutiques pour influencer la décision d'un malade sur ces questions. Les psychiatres doivent chercher à protéger leurs malades et les aider à exercer leur droit d'autodétermination dans la plus grande mesure possible dans une situation de transplantation d'organe.

6. Psychiatres et médias:

Les médias jouent un rôle essentiel dans le modelage des perceptions et des attitudes de la société. Dans tous les contacts avec les médias, les psychiatres s'assurent que les personnes atteintes de maladie mentale sont présentées d'une manière qui préserve leur dignité et leur fierté, et qui réduit la stigmatisation et la discrimination à leur encontre. Un rôle important des psychiatres consiste à défendre les personnes qui souffrent de troubles mentaux. Puisque la perception qu'a le public des psychiatres et de la psychiatrie a un effet sur les malades, les psychiatres s'assurent que dans leurs contacts avec les médias ils représentent avec dignité la profession de psychiatrie. Les psychiatres ne font pas d'annonces aux médias sur la psychopathologie présumée de quelque individu que ce soit. Lorsqu'ils présentent des conclusions de recherche aux médias, les psychiatres s'assurent de l'intégrité scientifique des informations fournies et restent conscients de l'impact potentiel de leurs déclarations sur la perception qu'a le public de la maladie mentale et sur le bien-être des personnes atteintes de troubles mentaux.

7. Psychiatres et discrimination pour des raisons ethniques ou culturelles

La discrimination par les psychiatres sur la base de l'appartenance ethnique ou de la culture, qu'elle soit faite directement ou en incitant d'autres à la faire, est immorale. Les psychiatres ne doivent jamais participer ou approuver, directement ou indirectement, toute activité liée à l'épuration ethnique.

8. Psychiatres et recherche et conseil en matière génétique

La recherche génétique des troubles mentaux est de plus en plus courante et davantage de personnes souffrant de maladie mentale se soumettent à de telles recherches. Les psychiatres participant à la recherche ou le conseil en matière génétique doivent être conscients du fait que les implications des informations génétiques ne s'arrêtent pas à l'individu chez qui on les a obtenues, et que leur divulgation peut avoir des effets négatifs et déstabilisateurs sur les familles et les communautés des individus concernés. Les psychiatres doivent par conséquent s'assurer que:

- Les personnes et les familles qui participent à la recherche génétique le font de leur gré et en pleine connaissance de cause;
- Toute information génétique en leur possession est correctement protégée contre l'accès non autorisé, la mauvaise interprétation ou l'abus
- Des précautions sont prises dans la communication avec les malades et les familles pour faire savoir clairement que les connaissances génétiques actuelles sont incomplètes et peuvent être modifiées par des découvertes futures.

Les psychiatres n'orientent les personnes vers les établissements pour test génétique de diagnostic que si cet établissement:

- Justifie de procédures d'assurance qualité satisfaisantes pour un tel essai;
- Possède des ressources suffisantes et facilement accessibles pour le conseil génétique. Le conseil génétique relatif à la planification familiale ou à l'avortement doit respecter le système de valeurs des malades tout en fournissant des informations médicales et psychiatriques suffisantes pour aider les malades à prendre les décisions qu'ils considèrent les meilleures pour eux.

Annexe 6. Exemple: Droits du malade, tels qu'ils sont définis dans le Connecticut, États-Unis d'Amérique.

Vos droits en tant que client ou patient du Département des services de santé mentale et de toxicomanie du Connecticut (États-Unis d'Amérique)

Vous avez le droit d'être traité à tout moment avec humanité et dignité, et dans le plein respect de vos droits suivants:

- Droit à la dignité personnelle
- Droit à la vie privée
- Droit à la propriété personnelle
- Droits civiques

Vous avez le droit d'être protégé des abus ou des dommages physiques ou mentaux;
Vous avez droit à un plan de traitement écrit qui est élaboré avec votre participation et adapté à vos besoins, vos buts et vos aspirations personnels;
Vous devez être informés de vos droits par l'établissement, l'agence ou le programme.
En outre, une liste de vos droits doit être affichée dans chaque salle de l'hôpital.

Parmi vos autres droits figurent les droits suivants:

Droit à un traitement prodigué avec humanité et dignité: Vous avez le droit de recevoir un traitement prodigué avec humanité et dignité à tous moments et dans le plein respect de votre dignité personnelle et de votre vie privée. Un plan de traitement spécialisé sera élaboré conformément à vos besoins. Tout plan de traitement comportera, mais non exclusivement, un préavis de sortie raisonnable, votre participation active au suivi médical approprié et à sa planification. (Voir CGS 17a-542)

Droit à la dignité personnelle: Pendant que vous êtes dans un service pour malades placés, vous avez le droit de porter vos propres vêtements, de conserver vos propres objets personnels (dans des limites d'espace raisonnables) et d'avoir accès à votre argent et de le dépenser pour des achats personnels.* À l'exception des malades de la Division de médecine légale, vous avez le droit d'être présent pendant la fouille de vos objets personnels. Toute exception à ces droits doit être expliquée par écrit et versée à votre dossier clinique. (Voir CGS 17a-548)

Droit à la vie privée et à la confidentialité: Vous avez droit à la vie privée et à la confidentialité. Des registres permettant d'identifier votre personne, votre mode de traitement ou votre diagnostic ne peuvent pas être transmis à une autre personne ou agence sans votre consentement écrit. Tous les registres tenus par les tribunaux [dans la mesure où ils sont liés au traitement d'un bénéficiaire] sont scellés et uniquement disponibles pour le défendeur ou son conseil.* Aucune personne, aucun hôpital, aucun service de traitement ni le Department of Mental Health and Addiction Services (DMHAS) ne peut divulguer ou autoriser la divulgation de l'identité, du diagnostic, du pronostic ou du traitement d'un bénéficiaire de service, ce qui constituerait une violation des lois de l'État ou des lois fédérales sur la confidentialité.* (Voir CGS 17a-500, 17a-688, 52-146f et 42 CFR partie 2)

Certificat médical pour internement d'urgence: Vous, votre avocat ou votre conseil, pouvez en savoir plus sur les procédures d'internement applicables en examinant les textes appropriés. Toutes les personnes admises au moyen d'un Certificat d'urgence du médecin ont droit, sur demande, à une audition des causes probables dans un délai de 3 jours ouvrables à compter du jour de l'internement. Tous les malades placés volontairement sont informés, à l'admission, de leur droit à partir après un préavis de trois jours. Aucun malade volontairement admis ne peut être retenu contre sa volonté s'il/elle soumet une demande écrite de sortie trois jours avant sa sortie, à moins qu'une demande de rétention n'ait été déposée auprès d'un tribunal juridiquement compétent. Des textes différents s'appliquent selon que vous êtes placé dans un

centre de traitement de la toxicomanie ou dans un service pour troubles psychiatriques. (Voir CGS 17a-495 et seq.; 17a-502; 17a-506; 17a-682 à 17a-685, 54-56d)

Droit de visite et de communication: Vous pouvez recevoir des visiteurs pendant les heures de visite programmées. Vous avez le droit d'être visité par des membres du clergé, des avocats ou des juristes de votre choix et d'avoir des conversations privées avec eux à toute heure raisonnable. Les établissements peuvent faire appliquer des règles raisonnables pour la régulation des visiteurs. Le courrier ou d'autres communications en provenance ou à destination d'un bénéficiaire de service dans un établissement de traitement ne peuvent être interceptés, lus ou censurés.* Les exceptions aux droits relatifs aux communications doivent être expliquées par écrit, signées par le chef de l'établissement (ou une personne qu'il aura désignée) et être versées à votre dossier clinique. (Voir CGS 17a-546, 17a-547)

Droit d'accès à votre dossier médical: Vous ou votre avocat pouvez avoir le droit, sur demande écrite, d'examiner vos dossiers d'hôpital. À moins que votre demande ne soit faite pour cause de litige, un établissement peut refuser de divulguer une portion du dossier que le service de santé mentale a jugé comme étant susceptible de créer un risque substantiel que vous infligiez un traumatisme potentiellement mortel à vous-même ou à autrui, que vous subissiez une détérioration grave de votre état mental,* ou de constituer une violation de la vie privée d'autrui. (Voir CGS 17a-548, 52-146f)

Contrainte et isolement: Si les pathologies sont telles que vous êtes soumis à la contrainte ou placé en isolement, vous devez être traité avec humanité et dignité. L'usage de l'isolement ou de la contrainte physique n'est autorisé que lorsqu'il y a un danger imminent pour vous-même ou autrui. La documentation des raisons de ces interventions doit être versée à votre dossier clinique dans les 24 heures. Des médicaments ne peuvent pas être utilisés comme substitut à un traitement plus approprié. (Voir CGS 17a-544)

Recours des personnes lésées: Si vous avez été lésé par une violation des articles 17a-540 à 17a-549, vous pouvez adresser un recours à la Cour supérieure de la juridiction dans laquelle vous résidez pour réparation appropriée. (Voir CGS 17a-550)

Communication de vos droits: Un exemplaire de vos droits est affiché visiblement dans chaque salle où des services de santé mentale sont fournis. (Voir CGS 17a-548)

Médicaments, traitement, consentement en connaissance de cause et procédures chirurgicales:

Vous, votre avocat ou votre conseil, pouvez en savoir plus sur les procédures applicables en examinant les textes appropriés (voir CGS 17a-543a-j). Si vous avez été placé au terme de l'un des articles 17a-540 à 550, vous recevrez un examen physique dans les 5 jours suivant votre placement et au moins une fois chaque année par la suite. Les rapports de ces examens doivent être versés à votre dossier clinique. (Voir CGS 17a-545). Aucune procédure médicale ou chirurgicale, aucune psychochirurgie ou thérapie de choc n'est administrée à un malade sans le consentement en connaissance de cause écrit dudit malade, sauf disposition contraire des textes.* Un établissement peut établir une procédure qui régit les traitements médicamenteux non volontaires, mais cette décision est prise par une personne qui n'est pas employée par le service traitant et pas tant que l'avocat du malade n'a pas eu l'opportunité d'en discuter avec l'établissement.* Si un service a décidé d'administrer un médicament d'office en vertu des textes, le malade peut adresser un recours à une Cour ou une commission de révision afin qu'elle décide si l'intervention doit être autorisée. Nonobstant les dispositions de la présente section (17a-540 à 550), si l'obtention du consentement causera un retard médicalement préjudiciable, le traitement d'urgence peut être fourni sans consentement. (Voir CGS 17a-543a-f)

Privation d'emploi, de logement, et cetera: Vous ne pouvez pas être privé d'emploi, de logement, de grade dans la fonction publique, de toute licence ou permis (y compris une licence professionnelle) ou de tout autre droit fondamental, uniquement à cause de la présence actuelle ou passée de troubles mentaux, sauf dispositions contraires.* (Voir CGS 17a-549)

Plainte: les bénéficiaires des services ou des programmes du DMHAS ont le droit de porter plainte si un membre du personnel ou un établissement a: 1) violé un droit prévu par les textes, le règlement ou la politique; 2) si vous avez été traité d'une manière arbitraire ou déraisonnable; 3) si on vous a privé de services autorisés par un plan de traitement par négligence, discrimination... ou pour d'autres raisons inappropriées; 4) si vous avez été amené par la contrainte à limiter de manière inappropriée vos choix de traitement; 5) si on a manqué déraisonnablement d'intervenir lorsque vos droits ont été mis en danger dans un cadre contrôlé par l'établissement ou le DMHAS; ou 6) si on a manqué de vous traiter avec humanité et dignité. (Voir CGS 17a-451-t[1-6])

D'autres droits peuvent être garantis par des lois, règlements ou politiques au niveau de l'État ou au niveau fédéral, qui n'ont pas été recensés dans cette liste. Vous êtes encouragé à chercher conseil pour prendre connaissance de ces lois et politiques ou pour mieux les comprendre.

Une partie importante des droits des bénéficiaires des services dans les établissements du Connecticut est contenue dans les articles 17a-540 à 17a-550 des Statuts généraux du Connecticut. Il peut y avoir également d'autres droits prévus par d'autres textes d'Etats et fédéraux ainsi que par la jurisprudence, mais ceux recensés aux articles 17a-540 à 17a-550 sont spécifiquement protégés et doivent être appliqués par les services de consultation externe ou de placement du Connecticut. Ces textes s'appliquent aux bénéficiaires de services volontaires et non volontaires, sauf disposition contraire.

En général, il est interdit aux services publics et privés de vous priver de l'un de vos droits personnels, de propriété ou civiques. Parmi ceux-ci figurent le droit de voter, de posséder ou de transmettre des biens et des contrats, sauf en application des clauses de sauvegarde des libertés individuelles et à moins que vous ayez été déclaré incapable au terme des articles 45a-644 à 45a-662. Toute conclusion d'incapacité doit spécifiquement déclarer quels droits civiques ou individuels vous ne pouvez pas exercer.

Pour plus d'information sur vos droits en tant que bénéficiaire des services de lutte contre la toxicomanie ou de santé mentale au Connecticut, appelez le 1-800-446-7348.

* Il peut y avoir des exceptions et des limites à certains droits. Vos droits sont détaillés dans les Statuts généraux du Connecticut, 17a-450 et seq.; 17a-540 et seq.; 17a-680 et seq.; 52-146d-j; 54-56d; dans le règlement fédéral 42 CFR partie 2, la Loi sur la réadaptation, la Loi sur les Américains atteints d'incapacités; la Loi sur l'autodétermination des malades, en son article 1983 et dans d'autres parties de la loi ou des textes fédéraux.

(<http://www.dmhas.state.ct.us/documents/ptrights.pdf>)

Annexe 7. Exemple: Droits des bénéficiaires des services de santé mentale du Department of Behavioral and Developmental Services, Maine, USA

Extrait de la table des matières et du résumé des droits des bénéficiaires

Table des matières

Avis de non-discrimination
Déclaration de base
Introduction

A. RÈGLES D'APPLICATION GÉNÉRALE

- I. Déclaration d'intention
- II. Définitions
- III. Droits fondamentaux
- IV. Traitement approprié le moins restrictif
- V. Notification des droits
- VI. Assistance dans la protection des droits
- VII. Droit à la protection des libertés individuelles par rapport aux plaintes
- VIII. Plaintes
- IX. Confidentialité et accès aux dossiers
- X. Rémunération juste pour le travail
- XI. Protection pendant l'expérimentation et la recherche

B. DROITS DANS LES ENVIRONNEMENTS DE PLACEMENT ET RÉSIDENTIELS

- I. Déclaration d'intention
- II. Vie privée et environnement de traitement avec humanité
- III. Traitement individualisé et plan de sortie
- IV. Traitement individualisé ou plan de service dans les environnements résidentiels
- V. Consentement en connaissance de cause au traitement
- VI. Droits fondamentaux
- VII. Protection contre l'isolement et la contrainte physique abusifs dans les environnements résidentiels

C. DROITS DANS LES ENVIRONNEMENTS DE CONSULTATION EXTERNE

- I. Déclaration d'intention
- II. Processus individualisé d'appui à la planification
- III. Traitement ou plan de service individualisé
- IV. Consentement en connaissance de cause au traitement

Résumé en anglais, français, russe, serbo-croate, somalien, espagnol, vietnamien

Résumé en français des droits des utilisateurs

DÉPARTEMENT DES SERVICES COMPORTEMENTAUX ET DE DÉVELOPPEMENT DROITS DES UTILISATEURS DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Le texte ci-dessous est un résumé de vos droits comme utilisateurs des services de santé mentale. Vous avez le droit d'obtenir un exemplaire complet des droits auprès de la présente agence ou du Département des Services comportementaux et de développement, 40 State House Station, Augusta, Maine 04333, Tel: 287-4200 v), 287-2000 (TTY). Si vous êtes sourd ou ne comprenez pas l'anglais, un interprète qualifié sera gratuitement mis à votre disposition afin que vous puissiez comprendre vos droits et comprendre votre traitement.

1. Droits fondamentaux. Vous avez les mêmes droits civiques, humains et juridiques que tous les résidents du Maine. Vous avez le droit d'être traité avec politesse et dans le plein respect de votre individualité et de votre dignité.

2. Confidentialité et accès aux dossiers. Personne d'autre ne peut consulter votre dossier, à moins que vous n'en donniez l'autorisation expresse, sauf dans les cas décrits dans le Livre complet des droits. Vous pouvez ajouter des commentaires écrits à votre dossier pour clarifier des informations que vous estimez inexactes ou incomplètes. Vous avez le droit d'examiner votre dossier.

3. Traitement ou plan de service individualisé. Vous avez droit à un plan individualisé, élaboré par vous et votre agent, sur la base de vos besoins et buts. Le plan doit être écrit et vous avez le droit d'en avoir copie. Le plan doit détailler spécifiquement ce que tout le monde fera, les délais dans lesquels les tâches et buts seront accomplis et comment la réussite sera déterminée. Le plan doit être basé sur vos besoins réels et, si un service requis n'est pas disponible, le plan doit détailler comment votre besoin sera comblé.

4. Consentement en connaissance de cause. Aucun service ou traitement ne peut vous être fourni contre votre volonté, à moins que vous ayez un tuteur qui y a consenti, qu'il y ait urgence ou qu'une audition spéciale sur votre traitement se soit tenue. Vous avez le droit d'être informé (ou si vous êtes sous tutelle, le tuteur a le droit d'être informé) des risques et des bénéfices possibles anticipés de tous les services et traitement, y compris les médicaments, d'une manière que vous comprenez. Si vous avez des questions, vous pouvez les poser à votre représentant ou à quelqu'un d'autre de votre choix avant de prendre des décisions sur le traitement ou les services.

5. Assistance dans la protection des droits. Vous avez le droit de nommer un représentant de votre choix pour vous aider à comprendre vos droits, à protéger vos droits ou à vous aider à déterminer un traitement ou un plan de service. Si vous souhaitez avoir un représentant, vous devez désigner cette personne par écrit. Vous pouvez avoir accès au représentant et changer ou annuler sa désignation quand vous voulez.

6. Protection contre l'isolement et la contrainte physique. Vous ne pouvez pas être isolés ou être soumis à la contrainte physique dans un environnement de consultation externe.

7. Droit de porter plainte. Vous avez le droit de porter plainte pour toute violation possible de vos droits ou pour contester des pratiques douteuses. Vous avez droit à une réponse écrite à votre plainte, avec les raisons étayant les décisions prises. Vous pouvez faire appel contre toute décision à la Division de Santé mentale. Vous ne pouvez être punis en aucune façon pour avoir porté plainte. Pour de l'aide au sujet des plaintes, vous pouvez contacter le Office of Advocacy, 60 State House Station, Augusta, Maine 04333, tél.: 287-4228 v), 287-1798 (TTY) ou le Disability Rights Center, P.O. Box 2007, Augusta, Maine 04338-2007, Tél: 1-800-452-1948 (V/TTY).

J'ai reçu une copie du résumé des droits des bénéficiaires de services de santé mentale

Date

Signature du Client

Date

Signature du Témoin

*Pour voir la notification complète des droits des bénéficiaires des services de santé mentale de l'État du Maine, visiter le site Internet suivant:
<http://www.state.me.us/bds/Licensing/RightsRecipients/Index.html>*

Annexe 8. Exemple: Fiches pour le placement et le traitement non volontaires (approche combinée) et formulaire d'appel, Victoria, Australie

RÉGIME 1

Règlement 5(1)

FICHE DE DEMANDE DE PLACEMENT D'OFFICE

Loi sur la santé mentale 1986
(Article 9)
Règlements de la santé mentale 1998

PARTIE A

DEMANDE DE PLACEMENT D'UNE PERSONNE COMME MALADE NON VOLONTAIRE
DANS UN SERVICE DE SANTÉ MENTALE AGRÉÉ

AU PRATICIEN MÉDICAL ENREGISTRÉ CHARGÉ DES PLACEMENTS

Veuillez accueillir

.....
PRÉNOM(S)/NOM (MAJUSCULES) de la personne à placer

de

(ADRESSE DE LA PERSONNE A PLACER)

comme malade placé d'office dans un service de santé mentale agréé approprié.

PARTIE B

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE FAISANT LA DEMANDE

.....
PRÉNOM(S)/NOM (MAJUSCULES) de la personne faisant la demande

de

adresse de la personne faisant la demande

Signé date

PARTIE C

TRANSFERT DE LA PERSONNE À UN SERVICE DE SANTÉ MENTALE AGRÉÉ
(A REMPLIR SI NÉCESSAIRE)*

J'autorise par la présente

.....

PRÉNOM(S)/NOM (MAJUSCULES) d'un **agent de police, d'un d'ambulancier ou d'une
personne habilitée par la personne faisant la demande

employé par désignation

à conduire la personne susnommée à un service de santé mentale agréé approprié.

.....

PRÉNOM(S)/NOM (MAJUSCULES) de la personne faisant la demande

Signé date

* Cette autorisation de conduire une personne à un service de santé mentale agréé ne peut être utilisée que lorsqu'une demande et une recommandation ont été remplies. En cas de Licence pour transporter sans recommandation, le régime 4 doit être utilisé.

** Encercler si nécessaire

RÉGIME 2

Règlement 5(2)

FICHE DE RECOMMANDATION POUR LE PLACEMENT D'OFFICE

Loi sur la santé mentale 1986
(Article 9)
Règlements de la santé mentale 1998

RECOMMANDATION POUR LE PLACEMENT D'UNE PERSONNE COMME MALADE ADMIS
D'OFFICE DANS UN SERVICE DE SANTÉ MENTALE AGRÉÉ

AU PRATICIEN MÉDICAL ENREGISTRÉ CHARGÉ DES PLACEMENTS

Veuillez accueillir

.....
PRÉNOM(S)/NOM (MAJUSCULES) de la personne à placer

de

adresse de la personne à placer

Je suis praticien médical enregistré et déclare que

J'ai examiné personnellement la personne susnommée le (date)

à h.

Mon opinion est que:

a) la personne semble être mentalement malade (*une personne est mentalement malade si elle a une maladie mentale, une maladie mentale étant une affection médicale caractérisée par un trouble considérable de la pensée, de l'humeur, de la perception ou de la mémoire*); et

b) la maladie mentale de la personne nécessite un traitement immédiat et ce traitement peut être effectué par placement et rétention dans un service de santé mentale agréé; et

c) à cause de la maladie mentale de la personne, la personne doit être placée et retenue pour traitement comme malade non volontaire pour sa santé ou sa sécurité (en vue de prévenir une détérioration de l'état physique ou mental de la personne ou autrement) ou pour la protection du public; et

d) la personne a refusé le traitement nécessaire à la maladie mentale ou ne peut donner son consentement; et

e) la personne ne peut pas recevoir un traitement approprié pour la maladie mentale d'une manière qui restreigne moins la liberté de décision et d'action de cette personne.

Je ne considère pas la personne mentalement malade en raison uniquement de l'un ou de plusieurs des critères d'exclusion énumérés à l'article 8(2) de la **Loi sur la santé mentale 1986**.
Je base mon opinion sur les faits suivants

FAIT(S) QUE J'AI PERSONNELLEMENT OBSERVÉ(S) A L'EXAMEN

.....

.....

FAITS QUI M'ONT ÉTÉ COMMUNIQUÉS PAR UNE AUTRE PERSONNE

.....

.....

A REMPLIR LORSQUE AUCUN FAIT N'EST OBSERVÉ PERSONNELLEMENT

Puisque je n'ai personnellement observé aucun fait, les faits suivants m'ont été communiqués directement *en personne/par écrit/par téléphone/par communication électronique par

Dr

PRÉNOM(S)/NOM (MAJUSCULES) d'un autre praticien médical enregistré

de

adresse du médecin

numéro de téléphone du médecin

qui a examiné la personne susnommée le (date)
(dans un délai n'excédant pas 28 jours avant la date d'aujourd'hui)

FAITS COMMUNIQUÉS PAR UN AUTRE PRATICIEN MÉDICAL ENREGISTRÉ:

.....

.....

Je considère que la personne susnommée doit être placée dans un service de santé mentale agréé.

.....

PRÉNOM(S)/NOM (MAJUSCULES)
du praticien médical enregistré qui fait la recommandation

Signé
SIGNATURE du praticien médical enregistré qui fait la recommandation

Titre:

Adresse

Numéro de téléphone date

* encercler si nécessaire

(Voir: http://www.dms.dpc.vic.gov.au/Domino/Web_Notes/LDMS/PubLawToday.nsf?OpenDatabase)

Les extraits de la législation du Parlement de l'État de Victoria en Australie sont reproduits avec l'autorisation de la Couronne pour l'État de Victoria, Australie. L'État de Victoria décline toute responsabilité au sujet de l'exactitude et du caractère complet de toute législation mentionnée dans la présente publication.

DIRECTIVES PREALABLES DE SOINS ET DE TRAITEMENT POUR LA SANTÉ MENTALE

Informations pour les usagers des services de santé mentale

HDI

Commissaire à la santé et à l'incapacité

Te Toi hau Hauora Hauatanga

Exemple:

Directive préalable pour le refus de l'ECT

Manu a été interné à plusieurs reprises en vertu de la Loi sur la santé mentale. Il a reçu une fois une série de traitements à l'électrochoc sans son consentement. Il ne se rappelle pas grand-chose de la procédure, mais il n'a pas aimé le fait qu'après il ait eu des pertes de mémoire.

Il a lu beaucoup sur l'ECT et est fortement convaincu qu'il ne veut pas prendre le risque d'avoir d'autres pertes de mémoire. Il sait aussi d'expérience qu'un autre traitement, ainsi que l'appui de sa famille, contribueront à prévenir la dépression invalidante.

Cela fait maintenant trois mois depuis le dernier placement de Manu et, à son rendez-vous de consultation externe suivant, il s'assied avec son psychiatre pour discuter d'un plan de crise personnel. Il est convenu que Manu préparera une directive préalable déclarant qu'il ne souhaite en aucune circonstance recevoir d'ECT.

Son plan de crise couvre des questions telles que l'observation des premiers symptômes de dépression et la recherche de l'aide auprès de l'équipe psychiatrique, ainsi que le conseil à sa famille sur la manière de mieux le soutenir. Manu espère que même s'il est encore interné en vertu de la Loi, ses cliniciens tiendront compte des souhaits qu'il a exprimés dans sa directive.

Quelles sont les options dont je dispose si ma directive préalable n'est pas suivie?

Si votre directive préalable au sujet de vos soins de santé futurs n'est pas suivie et l'explication du clinicien ne vous satisfait pas, vous pouvez vous plaindre auprès du Commissaire à la Santé et à l'Incapacité.

Que se passe-t-il si je n'ai pas de directive préalable?

Si vous avez une crise et vous êtes jugé incompetent pour consentir au traitement (et vous n'êtes pas interné en vertu de la Loi sur la santé mentale), votre clinicien peut encore décider de votre traitement, en prenant en considération:

- votre intérêt supérieur; et
- votre choix probable si vous étiez compétent pour le faire; ou
- l'opinion d'autres personnes qui s'intéressent à votre bien-être.

Comment nommer quelqu'un pour prendre des décisions en mon nom?

Dans certains pays, votre directive préalable peut mentionner une personne nommée pour prendre des décisions en votre nom. Cependant, en Nouvelle Zélande vous devez nommer une personne comme votre représentant permanent pour ce qui est de vos soins et de votre bien-être personnels, en vertu de la Loi sur la protection des droits de propriété personnels

de 1988. Si vous le souhaitez, vous pouvez conférer à cette personne le pouvoir de prendre des décisions de soins de santé en votre nom lorsque vous n'êtes pas compétent pour le faire vous-même. Vous devriez solliciter le conseil d'un avocat si vous souhaitez nommer quelqu'un comme votre représentant permanent.

Qu'en est-il des décisions qui ne concernent pas mes soins de santé?

Il peut y avoir des décisions qui ne concernent pas vos soins de santé que vous souhaitez communiquer à l'avance. Un moyen de le faire est la planification de crise. Les personnes qui travaillent dans votre service de santé mentale doivent discuter de vos préférences avec vous au cas où vous auriez une autre crise. Votre plan de crise peut contenir des décisions telles que les noms des personnes qui s'occuperont de vos enfants ou des membres de famille que vous souhaitez voir contactés pendant que vous êtes à l'hôpital.

Vous pouvez également incorporer votre directive préalable dans le processus de planification de crise. Si votre clinicien ne vous implique pas dans une planification de crise, vous pouvez simplement rédiger vos propres vœux et demander qu'ils soient insérés dans votre dossier.

Exemple:

Directive préalable pour le refus d'un médicament spécifique

Lorsque Bill a été interné, il a reçu une forte dose de médicament X et fait une très grave réaction. Bill a discuté de son traitement avec son psychiatre et ils ont décidé qu'il serait mieux d'éviter entièrement le médicament X, d'autant plus qu'un substitut convenable a été trouvé. Bill a de la famille dans différentes parties de la Nouvelle Zélande et la visite souvent. Il décide que ce serait une bonne idée d'avoir sur lui une directive préalable pour éviter qu'on ne lui administre ce médicament s'il doit être placé dans un service de santé mentale différent qui n'a pas ses dossiers. Il estime également qu'il serait utile d'enregistrer les noms du médicament X et de son médicament actuel, parce que quand il se sent mal il devient souvent confus et ne peut plus se rappeler les noms.

Représentant permanent chargé d'informer la famille et les amis

John est un jeune homosexuel qui a actuellement un partenaire et un large cercle d'amis qui l'ont vraiment soutenu quand il a eu une crise de santé mentale l'année dernière. Cependant, lorsque ses parents sont venus le voir pendant la crise, ils ont aggravé les choses. Ils désapprouvent le mode de vie de John et ont essayé d'empêcher ses amis de le voir. Ils ne voulaient pas qu'il rentre à son appartement, qu'il partage avec son partenaire et deux autres homosexuels. Bien que John souhaite que ses parents soient informés s'il est interné, il veut que ce soit son partenaire qui prenne les décisions relatives à ses soins. C'est pourquoi John, avec l'aide de son avocat, a nommé son partenaire comme représentant permanent pour ses soins et son bien-être personnels.

Quelle est la meilleure façon de protéger mes souhaits et intérêts?

Une directive préalable permet de s'assurer que vos souhaits et intérêts sont respectés en cas de crise, mais un représentant permanent et un plan de crise protégeront encore plus vos souhaits et intérêts.

Voulez-vous contrôler davantage ce qui se passe pendant une crise?

Si tel est le cas, une directive préalable peut être pour vous un bon moyen de contrôler davantage le traitement et les soins que vous recevrez lors d'un épisode futur. Les épisodes passés vous auront aidés à comprendre les traitements et les soins qui vous conviennent et ceux qui ne vous conviennent pas. Vous avez le droit, aux termes du Code de la santé et des droits des consommateurs (Code of Health and Disability Services Consumers' Rights), de bénéficier de services relatifs à l'incapacité, d'utiliser une directive préalable pour faire connaître vos souhaits au sujet des traitements et des soins que vous recevrez pendant un épisode futur.

Qu'est-ce qu'une directive préalable?

En termes simples, une directive préalable est le fait d'accepter ou de refuser de consentir à un traitement dans l'avenir. C'est une déclaration adressée aux autres, habituellement par écrit, décrivant vos préférences de traitement si vous connaissez un autre épisode de maladie mentale qui vous rend incapable de décider ou de communiquer vos préférences à ce moment là.

Aux termes du Code de la Nouvelle Zélande, les directives préalables ne concernent que le type de soins de santé et de traitement que vous voulez. Dans certains pays, les directives préalables peuvent comprendre des décisions qui ne sont pas directement liées à vos soins de santé, mais en Nouvelle Zélande il faut différents processus pour faire connaître ces souhaits.

Qui peut faire une directive préalable?

Le Code de la santé et des droits des consommateurs donne à toute personne qui est légalement compétente pour faire un choix de soins de santé le droit de faire une directive préalable.

Sur quoi puis-je faire une directive préalable?

Les directives préalables doivent porter sur le traitement et les soins. Par exemple, vous pouvez indiquer:

- les traitements que vous voulez ou ne voulez pas recevoir quand vous êtes en crise, y compris les médicaments ou l'ECT
- les endroits où vous préféreriez recevoir des services quand vous êtes en crise, tels que l'hôpital, votre domicile ou un établissement de crise.

Exemple:

Directive préalable pour solliciter un médicament spécifique

Sally sait que quand elle commence à se sentir d'une certaine manière, il est vraiment important qu'elle commence le traitement avec une faible dose de médicament X. Pendant ses premiers épisodes de maladie mentale, elle s'est sentie très mal et a été internée. Récemment elle a emménagé dans une nouvelle ville et ne sait pas si son nouveau médecin respecte vraiment sa propre connaissance de son état.

Elle décide de préparer une directive préalable qui déclare que si elle a un autre épisode, elle souhaite que son médecin lui prescrive le médicament X, plutôt que d'attendre l'orientation psychiatrique. Bien que les cliniciens de Sally respecteront sa demande, le médicament ne sera fourni que s'il est cliniquement approprié à ce moment là.

Comment dois-je procéder pour faire une directive préalable?

Il n'est pas difficile de faire une directive préalable. Vous n'avez pas besoin d'un avocat. En fait, vous avez le droit de faire une directive préalable sans impliquer quelqu'un d'autre dans sa préparation. Cependant, suivre les étapes ci-dessous vous aidera à vous assurer que votre directive préalable est respectée, et que les décisions qui y sont contenues sont reconnues et appliquées.

- Si possible, mettez par écrit votre directive préalable plutôt que de la faire verbalement. Déclarez vos préférences aussi clairement que vous pouvez, ensuite signez et datez-les.
- Si vous préparez votre directive préalable avec l'aide de votre clinicien ou d'un autre agent de santé, il/elle peut vérifier que vous êtes compétent et suffisamment informé sur les préférences que vous avez énoncées, et peut vous aider à clarifier le type de situation que vous voulez que votre directive couvre.
- Si vous impliquez votre famille ou whanau dans la préparation de votre directive préalable, ou au moins si vous les en informez, ils seront mieux en mesure de vous soutenir et de défendre vos souhaits quand vous êtes en crise.
- Examinez et actualisez régulièrement votre directive préalable afin qu'elle reflète tout changement de votre état ou de vos préférences, et qu'elle soit considérée par les cliniciens comme représentant encore vos souhaits.

- Conservez pour vous-même une copie de votre directive préalable, et donnez-en des copies à votre famille ou aux personnes qui vous soutiennent, et aux cliniciens qui sont le plus souvent impliqués dans vos soins.

Ma directive préalable sera-t-elle toujours suivie?

Non. Lorsqu'il décide de suivre ou non votre directive préalable, votre clinicien examine cinq questions:

- Étiez-vous compétent pour prendre la décision lorsque vous avez fait la directive préalable?
- Avez-vous pris la décision de votre propre gré?
- Étiez-vous suffisamment informé pour prendre la décision?
- Avez-vous prévu votre directive pour les circonstances présentes, qui peuvent être différentes de celles anticipées?
- La directive est-elle périmée?

Le Code de la santé et des droits des consommateurs à bénéficier de services relatifs à l'incapacité définit votre droit à être pleinement informé, à faire un choix en connaissance de cause et à donner le consentement en connaissance de cause. Cependant, votre directive préalable n'annule pas la capacité de votre clinicien à autoriser le traitement non volontaire si vous êtes soumis à une injonction de traitement non volontaire aux termes de la Loi sur la santé mentale (Évaluation et traitement non volontaire) de 1992. La Loi sur la santé mentale prescrit également au clinicien responsable d'essayer d'obtenir votre consentement au traitement même s'il/elle peut vous administrer le traitement sans votre consentement.

Il peut encore être utile d'avoir une directive préalable si vous êtes soumis à une injonction de traitement non volontaire, parce qu'elle donnera à votre clinicien une indication de vos souhaits.

Exemple d'une directive préalable pour le refus du médicament X.

Je _____ ne souhaite pas recevoir le médicament X en aucune circonstance. J'ai discuté de cette décision avec mon psychiatre, le Dr _____, qui a expliqué mes options de traitement et les avantages, les risques et les effets secondaires prévus du médicament X.

Je confirme que j'ai pris cette décision de mon propre gré et que, à moins de la révoquer moi-même, elle s'applique tout au long des _____ prochaines années.

Date _____

Signature _____

Je confirme que _____ est compétent au moment de faire la présente directive préalable.

Date _____

Clinicien _____

Commission de santé mentale:
Téléphone: (04) 474 8900
Télécopie: (04) 474 8901
E-mail: info@mhc.govt.nz
Site Internet: www.mhc.govt.nz

Commission HDI pour la Santé et l'Incapacité:
Ph/TTY: (09) 373 1060
Télécopie: (09) 373 1061
Numéro vert: 0800 11 22 33
E-mail: hdc@hdc.org.nz
Site Internet: www.hdc.org.nz

Pour le format, voir à l'adresse:

http://www.mhc.govt.nz/publications/2003/MentalHealth_HDC_Broch.pdf

ISBN 92 4 256282 3



9 789242 562828