

CONSEIL DE L'EUROPE

COMITÉ DES MINISTRES

RECOMMANDATION REC(2004)10

du Comité des Ministres aux Etats membres

*relative à la protection des droits de l'homme
et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux*

et son exposé des motifs

*(adoptée par le Comité des Ministres le 22 septembre 2004
lors de la 896^e réunion des Délégués des Ministres)¹*

Préambule

Le Comité des Ministres, en vertu de l'article 15.b du Statut du Conseil de l'Europe,

Considérant que le but du Conseil de l'Europe est de réaliser une union plus étroite entre ses membres, en particulier par l'harmonisation des législations sur des questions d'intérêt commun ;

Tenant compte, en particulier :

- de la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales du 4 novembre 1950, ainsi que de son application par les instances créés par cette Convention ;
- de la Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine (« Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine ») du 4 avril 1997 ;
- de sa Recommandation n° R (83)2 sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires ;
- de sa Recommandation n° R (87)3 sur les règles pénitentiaires européennes ;
- de sa Recommandation n° R (98)7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire ;
- de la Recommandation 1235 (1994) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme ;

Tenant compte des travaux du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants ;

¹ Lors de l'adoption de cette décision, le Représentant permanent du Royaume-Uni a indiqué qu'en vertu de l'article 10.2c du Règlement intérieur des réunions des Délégués des Ministres, il réservait le droit de son Gouvernement de se conformer ou non à la Recommandation dans son ensemble.

Tenant compte de la consultation publique sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, initié par le Comité directeur pour la bioéthique ;

Considérant qu'une action commune au plan européen favorisera une meilleure protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles qui font l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires ;

Considérant que le trouble mental et certains traitements liés à ce trouble peuvent affecter l'essence de l'individualité de la personne ;

Soulignant la nécessité pour les professionnels de la santé mentale d'être conscients de tels risques, d'agir dans un cadre réglementaire et de réexaminer régulièrement leur pratique ;

Soulignant la nécessité de s'assurer que les personnes atteintes de trouble mental ne sont jamais exploitées émotionnellement, physiquement, financièrement ou sexuellement ;

Conscient de la responsabilité, pour les professionnels de la santé mentale, de garantir, autant que possible, la mise en œuvre des principes consacrés dans les présentes lignes directrices ;

Recommande aux gouvernements des Etats membres d'adapter leur législation et leur pratique aux lignes directrices contenues dans la présente recommandation ;

Recommande aux gouvernements des Etats membres de réexaminer l'allocation des ressources destinées aux services de santé mentale de façon à pouvoir répondre aux dispositions des présentes lignes directrices.

LIGNES DIRECTRICES

Chapitre I – Objet et champ d’application

Article 1 – Objet

1. Cette recommandation a pour but d’améliorer la protection de la dignité, des droits de l’homme et des libertés fondamentales des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier celles qui font l’objet d’un placement ou d’un traitement involontaires.
2. Les dispositions de la présente recommandation ne limitent ni ne portent atteinte à la faculté pour chaque Etat membre d’accorder aux personnes atteintes de troubles mentaux une protection plus étendue que celle prévue par cette recommandation.

Article 2 – Champ d’application et définitions

Champ d’application

1. Cette recommandation s’applique aux personnes atteintes de troubles mentaux définis conformément aux normes médicales internationalement reconnues.
2. Le défaut d’adaptation aux valeurs morales, sociales, politiques ou autres d’une société ne devrait pas être, en lui-même, considéré comme un trouble mental.

Définitions

3. Aux fins de la présente recommandation, l’expression :
 - « instance compétente » désigne une autorité, ou une personne ou instance prévue par la loi, distincte de la personne ou de l’instance qui propose une mesure involontaire, et qui peut prendre une décision indépendante ;
 - « tribunal » fait référence à un tribunal ou une instance juridictionnelle similaire ;
 - « établissements » comprend les établissements et les services ;
 - « personne de confiance » désigne une personne qui contribue à défendre les intérêts d’une autre, atteinte d’un trouble mental, et qui peut apporter un appui moral à cette personne dans les situations où elle se sent vulnérable ;
 - « représentant » désigne une personne désignée par la loi pour représenter les intérêts et prendre des décisions au nom d’une personne n’ayant pas la capacité de consentir ;
 - « fins thérapeutiques » incluent la prévention, le diagnostic, la suppression ou la guérison d’un trouble, et la réadaptation ;
 - « traitement » désigne une intervention (physique ou psychologique) sur une personne atteinte d’un trouble mental, pratiquée à des fins thérapeutiques en relation avec ce trouble mental, en tenant compte de la dimension sociale de cette personne. Le traitement peut comporter des mesures destinées à améliorer la vie de la personne dans sa dimension sociale.

Chapitre II – Dispositions générales

Article 3 – Non-discrimination

1. Toute forme de discrimination en raison d'un trouble mental devrait être interdite.
2. Les Etats membres devraient prendre des mesures appropriées afin d'éliminer la discrimination en raison d'un trouble mental.

Article 4 – Droits civils et politiques

1. Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient pouvoir exercer tous leurs droits civils et politiques.
2. Toute restriction à l'exercice de ces droits devrait être conforme aux dispositions de la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales et ne devrait pas être fondée sur le simple fait que la personne est atteinte d'un trouble mental.

Article 5 – Promotion de la santé mentale

Les Etats membres devraient promouvoir la santé mentale en encourageant le développement de programmes visant à une meilleure sensibilisation du public à la prévention, à la reconnaissance et au traitement des troubles mentaux.

Article 6 – Information et assistance sur les droits des patients

Les personnes traitées ou placées en relation avec des troubles mentaux devraient être informées individuellement de leurs droits en tant que patients et avoir accès à une personne ou à une instance compétente, indépendante du service de santé mentale, habilitée à les assister, le cas échéant, dans la compréhension et l'exercice de ces droits.

Article 7 – Protection des personnes vulnérables atteintes de troubles mentaux

1. Les Etats membres devraient s'assurer de l'existence de mécanismes de protection des personnes vulnérables atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles qui n'ont pas la capacité de consentir ou qui peuvent ne pas être capables de s'opposer à des violations des droits de l'homme dont elles feraient l'objet.
2. La loi devrait prévoir des mesures pour protéger, le cas échéant, les intérêts économiques des personnes atteintes de troubles mentaux.

Article 8 – Principe de la restriction minimale

Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement disponible le moins restrictif possible et de bénéficier du traitement disponible le moins restrictif possible ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui.

Article 9 – Environnement et conditions de vie

1. Les établissements destinés au placement des personnes atteintes de troubles mentaux devraient assurer à chacune de ces personnes, en tenant compte de leur état de santé et des exigences liées à la sécurité d'autrui, un environnement et des conditions de vie aussi proches que possible de ceux dont bénéficient dans la société les personnes d'âge, de sexe et de culture similaires. Des mesures de réadaptation professionnelle visant à faciliter l'insertion de ces personnes dans la société devraient également être proposées.

2. Les établissements conçus pour le placement involontaire de personnes atteintes de troubles mentaux devraient être enregistrés auprès d'une autorité appropriée.

Article 10 – Prestation des services de santé

Les Etats membres devraient, compte tenu des ressources disponibles, prendre des mesures en vue :

- i. de fournir des services de qualité appropriée afin de répondre aux besoins en matière de santé mentale des personnes atteintes de troubles mentaux, en tenant compte des différents besoins de ces diverses catégories de personnes, et assurer un accès équitable à de tels services ;
- ii. de mettre à disposition aussi largement que possible des alternatives au placement et au traitement involontaires ;
- iii. de s'assurer de la mise à disposition d'un nombre suffisant de services hospitaliers ayant des niveaux de sécurité appropriés, ainsi que de services en milieu ouvert, pour répondre aux besoins de santé des personnes atteintes de troubles mentaux concernées par le système de justice pénale ;
- iv. de s'assurer que les soins de santé physiques que requièrent les personnes atteintes de troubles mentaux sont évalués, et que, pour répondre à de tels besoins, ces personnes bénéficient d'un accès équitable à des services d'une qualité appropriée.

Article 11 – Normes professionnelles

1. Les professionnels des services de santé mentale devraient avoir les qualifications et la formation appropriées pour pouvoir remplir leur fonction au sein des services conformément aux obligations et normes professionnelles.
2. En particulier, le personnel devrait être formé de façon appropriée dans les domaines suivants :
 - i. protection de la dignité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales des personnes atteintes de troubles mentaux ;
 - ii. compréhension, prévention et contrôle de la violence ;
 - iii. mesures qui permettent d'éviter le recours à la contention ou à l'isolement ;
 - iv. circonstances limitées dans lesquelles différentes méthodes de contention ou d'isolement peuvent être justifiées, compte tenu des bénéfices et des risques éventuels, et application correcte de telles mesures.

Article 12 – Principes généraux des traitements pour trouble mental

1. Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient bénéficier de traitements et de soins dispensés par des personnels suffisamment qualifiés, sur la base d'un plan de traitement personnalisé approprié. Dans la mesure du possible, le plan de traitement devrait être élaboré après consultation de la personne concernée et son opinion devrait être prise en compte. Ce plan devrait être réexaminé régulièrement et modifié si nécessaire.
2. Sous réserve des dispositions du chapitre III et des articles 28 et 34 ci-dessous, un traitement ne peut être dispensé à une personne atteinte d'un trouble mental qu'avec son consentement si elle a la capacité de consentir, ou lorsque la personne n'a pas cette capacité avec l'autorisation d'un représentant, d'une autorité, d'une personne ou d'une instance désigné par la loi.
3. Lorsque, en raison d'une situation d'urgence, le consentement ou l'autorisation approprié ne peut être obtenu, tout traitement pour un trouble mental médicalement nécessaire pour éviter des dommages graves pour la santé de la personne concernée, ou pour la sécurité d'autrui, pourra être effectué immédiatement.

Article 13 – Confidentialité et archivage

1. Toutes les données à caractère personnel concernant une personne atteinte d'un trouble mental devraient être considérées comme confidentielles. Elles ne peuvent être collectées, traitées et communiquées

que dans le respect des règles relatives au secret professionnel et à la protection des données à caractère personnel.

2. Des dossiers médicaux et, le cas échéant, administratifs clairs et complets devraient être établis pour toutes les personnes atteintes de troubles mentaux placées ou traitées pour ces troubles. Les conditions d'accès à ces informations devraient être définies avec clarté par la loi.

Article 14 – Recherche biomédicale

La recherche biomédicale entreprise sur une personne atteinte d'un trouble mental devrait respecter les dispositions de la présente recommandation ainsi que les dispositions pertinentes de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine, celles de son Protocole additionnel sur la recherche biomédicale et les autres dispositions juridiques qui assurent la protection des personnes dans le cadre de la recherche.

Article 15 – Personnes dépendantes d'une personne atteinte d'un trouble mental

Les besoins des membres de la famille, en particulier les enfants, qui sont dépendants d'une personne atteinte d'un trouble mental devraient être pris en compte de manière appropriée.

Chapitre III – Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental

Article 16 – Champ d'application du chapitre III

Les dispositions du présent chapitre s'appliquent aux personnes atteintes de troubles mentaux :

- i. qui ont la capacité de consentir au placement ou au traitement concernés, et le refusent; ou
- ii. qui n'ont pas la capacité de consentir au placement ou au traitement concernés, et s'y opposent.

Article 17 – Critères pour le placement involontaire

1. Sous réserve que les conditions suivantes sont réunies, une personne peut faire l'objet d'un placement involontaire :

- i. la personne est atteinte d'un trouble mental ;
- ii. l'état de la personne présente un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui ;
- iii. le placement a notamment un but thérapeutique ;
- iv. aucun autre moyen moins restrictif de fournir des soins appropriés n'est disponible ;
- v. l'avis de la personne concernée a été pris en considération.

2. La loi peut prévoir qu'exceptionnellement une personne peut faire l'objet d'un placement involontaire, en accord avec les dispositions du présent chapitre, durant la période minimale nécessaire pour déterminer si elle est atteinte d'un trouble mental représentant un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui, si :

- i. son comportement suggère fortement la présence d'un tel trouble ;
- ii. son état semble présenter un tel risque ;
- iii. il n'existe aucun moyen approprié moins restrictif de procéder à l'évaluation de son état ; et
- iv. l'avis de la personne concernée a été pris en considération.

Article 18 – Critères pour le traitement involontaire

Sous réserve que les conditions suivantes sont réunies, une personne peut faire l'objet d'un traitement involontaire :

- i. la personne est atteinte d'un trouble mental ;

- ii. l'état de la personne présente un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui ;
- iii. aucun autre moyen impliquant une intrusion moindre pour apporter les soins appropriés n'est disponible ;
- iv. l'avis de la personne concernée a été pris en considération.

Article 19 – Principes relatifs au traitement involontaire

1. Le traitement involontaire devrait :
 - i. répondre à des signes et à des symptômes cliniques spécifiques ;
 - ii. être proportionné à l'état de santé de la personne ;
 - iii. faire partie d'un plan de traitement écrit ;
 - iv. être consigné par écrit ;
 - v. le cas échéant, avoir pour objectif le recours, aussi rapidement que possible, à un traitement acceptable par la personne.
2. Outre les conditions énoncées dans l'article 12.1 ci-dessus, le plan de traitement devrait :
 - i. dans la mesure du possible, être élaboré après consultation de la personne concernée et, le cas échéant, de sa personne de confiance, ou du représentant de la personne concernée ;
 - ii. être réexaminé à des intervalles appropriés et, si nécessaire, modifié, chaque fois que cela est possible, après consultation de la personne concernée, et, le cas échéant, de sa personne de confiance, ou du représentant de la personne concernée.
3. Les Etats membres devraient s'assurer que les traitements involontaires ne sont effectués que dans un environnement approprié.

Article 20 – Procédures pour la prise de décision sur le placement et/ou le traitement involontaires

Décision

1. La décision de soumettre une personne à un placement involontaire devrait être prise par un tribunal ou une autre instance compétente. Le tribunal ou l'autre instance compétente devrait :
 - i. prendre en considération l'avis de la personne concernée ;
 - ii. prendre sa décision selon les procédures prévues par la loi, sur la base du principe suivant lequel la personne devrait être vue et consultée.
2. La décision de soumettre une personne à un traitement involontaire devrait être prise par un tribunal ou une autre instance compétente. Le tribunal ou l'autre instance compétente devrait :
 - i. prendre en considération l'avis de la personne concernée ;
 - ii. prendre sa décision selon les procédures prévues par la loi, sur la base du principe suivant lequel la personne devrait être vue et consultée.

Toutefois, la loi peut prévoir que, lorsqu'une personne fait l'objet d'un placement involontaire, la décision de la soumettre à un traitement involontaire peut être prise par un médecin possédant les compétences et l'expérience requises, après examen de la personne concernée, en prenant en considération l'avis de cette personne.

3. Toute décision de soumettre une personne à un placement ou à un traitement involontaires devrait être consignée par écrit et indiquer la période maximale au-delà de laquelle, conformément à la loi, elle doit être officiellement réexaminée. Cela s'entend sans préjudice des droits de la personne aux réexamens et aux recours, en accord avec les dispositions de l'article 25.

Procédures préalables à la décision

4. Le placement ou le traitement involontaires, ou leur prolongation, ne devraient être possibles que sur la base d'un examen par un médecin possédant les compétences et l'expérience requises, et en accord avec des normes professionnelles valides et fiables.
5. Ce médecin ou l'instance compétente devrait consulter les proches de la personne concernée, sauf si cette dernière s'y oppose, si cela ne peut être réalisé pour des raisons pratiques ou si, pour d'autres raisons, cela n'est pas approprié.
6. Tout représentant de cette personne devrait être informé et consulté.

Article 21 – Procédures pour la prise de décision sur le placement et/ou le traitement involontaires dans les situations d'urgence

1. Les procédures prévues dans les situations d'urgence ne devraient pas être utilisées dans le but de contourner des dispositions énoncées à l'article 20.
2. Dans le cadre d'une procédure d'urgence :
 - i. le placement ou le traitement involontaires ne devraient être effectués que pendant une courte période, sur la base d'une évaluation médicale appropriée à la mesure envisagée ;
 - ii. les paragraphes 5 et 6 de l'article 20 devraient, dans la mesure du possible, être respectés ;
 - iii. toute décision de soumettre une personne à un placement ou à un traitement involontaires devrait être consignée par écrit et indiquer la période maximale au-delà de laquelle, conformément à la loi, elle devrait être officiellement réexaminée. Cela s'entend sans préjudice des droits de la personne aux réexamens et aux recours, en accord avec les dispositions de l'article 25.
3. Si la mesure doit être poursuivie au-delà de la situation d'urgence, un tribunal ou une autre instance compétente devrait prendre les décisions relatives à cette mesure, en accord avec les dispositions de l'article 20, dès que cela est possible.

Article 22 – Droit à l'information

1. Les personnes qui font l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires devraient être rapidement informées oralement et par écrit de leurs droits et des voies de recours qui leur sont ouvertes.
2. Elles devraient être informées de manière régulière et appropriée des raisons qui ont motivé la décision et des critères retenus pour sa prolongation ou son interruption éventuelle.
3. Le représentant de la personne, le cas échéant, devrait également recevoir ces informations.

Article 23 – Droit à la communication et aux visites pour les personnes en placement involontaire

Le droit d'une personne atteinte d'un trouble mental faisant l'objet d'un placement involontaire :

- i. de communiquer avec son avocat, son représentant ou toute autre autorité appropriée ne devrait pas être restreint. Son droit de communiquer avec la personne de confiance qu'elle a désignée ou avec d'autres personnes ne devrait pas être limité de façon disproportionnée ;
- ii. de recevoir des visites ne devrait pas être limité de façon déraisonnable, tout en tenant compte de la nécessité de protéger les personnes vulnérables ou les mineurs placés ou en visite dans un établissement psychiatrique.

Article 24 – Arrêt du placement et/ou du traitement involontaires

1. Il devrait être mis fin au placement ou au traitement involontaires si l'un des critères justifiant cette mesure n'est plus rempli.
2. Le médecin responsable des soins de la personne devrait aussi vérifier si l'un des critères pertinents n'est plus rempli, à moins qu'un tribunal ne se soit réservé la responsabilité de l'examen des risques de dommage grave pour autrui ou qu'il n'ait confié cet examen à une instance spécifique.
3. Sauf si la levée d'une mesure est soumise à une décision judiciaire, le médecin, l'autorité responsable et l'instance compétente devraient pouvoir agir, sur la base des critères énoncés ci-dessus, pour mettre fin à l'application de cette mesure.
4. Les Etats membres devraient s'efforcer de réduire au minimum, chaque fois que cela est possible, la durée du placement involontaire, au moyen de services de post-cure appropriés.

Article 25 – Réexamen et recours concernant la légalité d'un placement et/ou d'un traitement involontaires

1. Les Etats membres devraient s'assurer que les personnes qui font l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires peuvent exercer effectivement le droit :
 - i. d'exercer un recours contre une décision ;
 - ii. d'obtenir d'un tribunal le réexamen, à intervalles raisonnables, de la légalité de la mesure ou de son maintien ;
 - iii. d'être entendues en personne ou par l'intermédiaire d'une personne de confiance ou d'un représentant, lors des procédures de réexamen ou d'appel.
2. Si la personne concernée ou, le cas échéant, la personne de confiance ou le représentant, ne demande pas de réexamen, l'autorité responsable devrait en informer le tribunal et veiller à ce qu'il soit vérifié à intervalles raisonnables et réguliers que la mesure continue d'être légale.
3. Les Etats membres devraient envisager la possibilité pour la personne d'être assistée d'un avocat dans toutes les procédures de ce type engagées devant un tribunal. Lorsque la personne ne peut agir en son nom propre, elle devrait avoir droit aux services d'un avocat et, conformément au droit national, à une aide juridique gratuite. L'avocat devrait avoir accès à toutes les pièces en possession du tribunal, et avoir le droit de contester les preuves devant le tribunal.
4. Si la personne a un représentant, ce dernier devrait avoir accès à toutes les pièces en possession du tribunal, et avoir le droit de contester les preuves devant le tribunal.
5. La personne concernée devrait avoir accès à toutes les pièces en possession du tribunal, sous réserve du respect de la protection de la confidentialité et de la sûreté d'autrui, en accord avec la législation nationale. Si la personne n'a pas de représentant, elle devrait pouvoir bénéficier de l'assistance d'une personne de confiance dans toutes les procédures engagées devant un tribunal.
6. Le tribunal devrait prendre sa décision dans des délais brefs. S'il observe une quelconque violation de la législation nationale applicable en la matière, il devrait le signaler à l'instance pertinente.
7. Il devrait être possible de faire appel de la décision du tribunal.

Chapitre IV – Placement de personnes n’ayant pas la capacité de consentir en l’absence d’objection

Article 26 – Placement de personnes n’ayant pas la capacité de consentir en l’absence d’objection

Les Etats membres devraient s’assurer que des dispositions appropriées existent pour protéger une personne atteinte d’un trouble mental, qui n’a pas la capacité de consentir et qui, nécessitant un placement, n’exprime pas d’objection au placement.

Chapitre V – Situations particulières

Article 27 – Isolement et contention

1. Le recours à l’isolement ou à la contention ne devrait intervenir que dans des établissements appropriés, dans le respect du principe de restriction minimale, afin de prévenir tout dommage imminent pour la personne concernée ou pour autrui, et rester toujours proportionné aux risques éventuels.

2. Le recours à de telles mesures ne devrait intervenir que sous contrôle médical, et devrait être consigné par écrit de façon appropriée.

3. De plus :

- i. la personne faisant l’objet d’une mesure d’isolement ou de contention devrait bénéficier d’un suivi régulier ;
- ii. les raisons du recours à ces mesures, et la durée de leur application, devraient être consignées dans le dossier médical de la personne et dans un registre.

4. Cet article ne s’applique pas à la contention momentanée.

Article 28 – Traitements particuliers

1. Un traitement pour un trouble mental qui ne vise pas à produire des effets physiques irréversibles, mais qui peut impliquer une intrusion significative, ne devrait être utilisé que si l’on ne dispose pas de moyens impliquant une intrusion moindre pour apporter les soins appropriés. Les Etats membres devraient s’assurer que le recours à un tel traitement :

- i. fait l’objet d’un examen approprié sur le plan éthique ;
- ii. s’effectue selon des protocoles cliniques appropriés reflétant les normes et les protections internationales ;
- iii. est, à l’exception des situations d’urgence telles que définies à l’article 12, décidé avec le consentement éclairé et consigné par écrit de la personne ou, dans le cas d’une personne n’ayant pas la capacité de consentir, avec l’autorisation d’un tribunal ou d’une instance compétente ;
- iv. est consigné par écrit de façon circonstanciée et sur un registre.

2. Le recours à un traitement pour un trouble mental qui vise à produire un effet physique irréversible devrait être exceptionnel et ne devrait pas être utilisé dans le contexte d’un placement involontaire. Un tel traitement ne devrait être effectué que si la personne concernée a donné son consentement libre, éclairé, spécifique et consigné par écrit. Le traitement devrait être consigné par écrit de façon circonstanciée et sur un registre, et utilisé uniquement :

- i. en conformité avec la loi ;
- ii. sous réserve d’un examen approprié sur le plan éthique ;
- iii. en accord avec le principe de restriction minimale ;
- iv. si un second avis médical indépendant en a reconnu le caractère approprié ; et
- v. en accord avec des protocoles cliniques appropriés reflétant les normes et les protections internationales.

Article 29 – Mineurs

1. Les dispositions de la présente recommandation devraient s'appliquer aux mineurs, à moins qu'une protection plus étendue ne leur soit assurée.
2. Lors des décisions concernant le placement et le traitement, qu'ils soient ou non involontaires, l'avis du mineur devrait être pris en considération, comme un facteur de plus en plus déterminant en fonction de son âge et de son degré de maturité.
3. Un mineur faisant l'objet d'un placement involontaire devrait avoir droit à l'assistance d'un représentant dès le début de la procédure.
4. Un mineur ne devrait pas être placé dans un établissement qui accueille également des adultes, sauf si un tel placement est bénéfique pour lui.
5. Les mineurs qui font l'objet d'un placement devraient avoir le droit de bénéficier d'un enseignement gratuit et d'une réintégration aussi rapide que possible dans le système scolaire général. Si cela est possible, le mineur devrait être évalué individuellement et suivre un programme d'enseignement ou de formation individualisé.

Article 30 – Procréation

Le seul fait qu'une personne soit atteinte d'un trouble mental ne devrait pas constituer un motif pour porter atteinte de façon permanente à ses capacités de procréation.

Article 31 – Interruption de grossesse

Le seul fait qu'une personne soit atteinte d'un trouble mental ne devrait pas constituer un motif pour interrompre sa grossesse.

Chapitre VI – Implication du système de justice pénale**Article 32 – Implication de la police**

1. Dans l'exercice de ses obligations légales, la police devrait coordonner ses interventions avec celles des services médicaux et sociaux, si possible avec le consentement de la personne concernée, lorsque le comportement de cette personne suggère fortement qu'elle est atteinte d'un trouble mental et représente un risque significatif de dommage pour elle-même ou pour autrui.
2. Lorsque d'autres possibilités appropriées ne sont pas disponibles, la police peut être chargée, dans le cadre de ses fonctions, d'aider à transférer ou à reconduire les personnes qui font l'objet d'un placement involontaire vers l'établissement dont elles relèvent.
3. Les fonctionnaires de police devraient respecter la dignité et les droits de l'homme des personnes atteintes de troubles mentaux. L'importance de cette obligation devrait être soulignée dans le cadre de la formation.
4. Les fonctionnaires de police devraient bénéficier d'une formation appropriée en vue de l'évaluation et de la gestion des situations concernant des personnes atteintes de troubles mentaux, qui insiste sur la vulnérabilité de ces personnes dans les situations où la police est impliquée.

Article 33 – Personnes détenues

Si une personne dont le comportement suggère fortement qu'elle est atteinte d'un trouble mental est détenue :

- i. elle devrait avoir droit à l'assistance d'un représentant ou d'une personne de confiance appropriée au cours de la procédure ;
- ii. un examen médical approprié devrait être réalisé, aussi tôt que possible et dans un lieu approprié, afin d'établir :
 - a. si la personne nécessite des soins médicaux, y compris psychiatriques ;
 - b. si elle est apte à répondre à l'interrogatoire ;
 - c. si elle peut, sans danger, être placée en détention dans des locaux non destinés à dispenser des soins de santé.

Article 34 – Implication des tribunaux

1. Conformément au droit pénal, les tribunaux peuvent imposer le placement ou le traitement pour un trouble mental que la personne concernée consente ou non à la mesure en question. Les Etats membres devraient s'assurer que la personne peut exercer effectivement le droit au réexamen par un tribunal, à intervalles raisonnables, de la légalité de la mesure ou de son maintien. Les autres dispositions du chapitre III devraient être prises en compte pour de tels placement et traitement ; toute non-application de ces dispositions devrait pouvoir être justifiée.

2. Les tribunaux devraient prendre de telles décisions concernant le placement ou le traitement pour un trouble mental sur la base de normes d'expertise médicale valides et fiables, et en prenant en considération la nécessité pour les personnes atteintes de troubles mentaux d'être traitées dans un lieu adapté à leurs besoins de santé. Cette disposition s'entend sans préjudice de la faculté pour un tribunal d'imposer, conformément à la loi, une évaluation psychiatrique et un suivi psychiatrique ou psychologique comme alternative à l'emprisonnement ou au prononcé d'une décision définitive.

Article 35 – Etablissements pénitentiaires

1. Les personnes atteintes de troubles mentaux ne devraient pas faire l'objet d'une discrimination dans les établissements pénitentiaires. En particulier, le principe de l'équivalence des soins avec ceux qui sont assurés en dehors des établissements pénitentiaires devrait être respecté en ce qui concerne les soins nécessités par leur santé. Elles devraient être transférées entre l'établissement pénitentiaire et l'hôpital si leur santé l'exige.

2. Les personnes atteintes de troubles mentaux, détenues dans les établissements pénitentiaires, devraient pouvoir bénéficier d'options thérapeutiques appropriées.

3. Le traitement involontaire pour des troubles mentaux ne devrait pas avoir lieu dans les établissements pénitentiaires, sauf dans des services hospitaliers ou médicaux adaptés au traitement des troubles mentaux.

4. Un système indépendant devrait contrôler le traitement et les soins dont bénéficient les personnes atteintes de troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires.

Chapitre VII – Assurance qualité et contrôle

Article 36 – Contrôle du respect des normes

1. Les Etats membres devraient s'assurer que le respect des normes établies par la présente recommandation et par la loi sur la santé mentale font l'objet d'un contrôle approprié. Ce contrôle devrait porter sur :

- i. le respect des normes légales ;
 - ii. le respect des normes techniques et professionnelles.
2. Les systèmes permettant d'effectuer ce contrôle devraient :
- i. disposer de ressources financières et humaines adéquates pour assurer leurs fonctions ;
 - ii. être, sur le plan organisationnel, indépendants des autorités ou instances contrôlées ;
 - iii. associer des professionnels de la santé mentale, des non-spécialistes, des personnes atteintes de troubles mentaux et des proches de ces dernières ;
 - iv. être coordonnés, le cas échéant, avec les autres systèmes d'audit et d'assurance de la qualité concernés.

Article 37 – Exigences spécifiques pour le contrôle

1. Le contrôle du respect des normes devrait inclure :
 - i. des visites et des inspections des établissements de santé mentale, si nécessaire sans préavis, afin de s'assurer :
 - a. que les personnes ne font l'objet d'un placement involontaire que dans des établissements enregistrés par une autorité compétente, et que les établissements en question sont adaptés à cette fonction ;
 - b. que des alternatives satisfaisantes au placement involontaire sont disponibles ;
 - ii. le contrôle du respect des obligations et normes professionnelles ;
 - iii. la vérification de la possibilité d'enquêter sur le décès des personnes faisant l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires, et de ce que de tels décès soient signalés à l'autorité appropriée et fassent l'objet d'une enquête indépendante ;
 - iv. l'examen des situations où la communication a été restreinte ;
 - v. la vérification de l'existence de procédures pour le dépôt des plaintes et de leur traitement approprié.
2. Un suivi approprié des résultats du contrôle devrait être assuré.
3. Concernant les personnes qui relèvent des dispositions de la loi sur la santé mentale, les personnes chargées du contrôle devraient être habilitées :
 - i. à rencontrer ces personnes en privé et, avec leur consentement ou celui de leurs représentants, avoir accès à tout moment à leur dossier médical ;
 - ii. à recevoir des plaintes confidentielles de la part de ces personnes ;
 - iii. à obtenir des autorités ou du personnel responsable du traitement ou des soins de telles personnes toute information qui puisse raisonnablement être tenue pour nécessaire à l'exercice de leurs fonctions, y compris des données rendues anonymes issues des dossiers médicaux.

Article 38 – Statistiques, conseils et rapports

1. Des données statistiques rendues anonymes, systématiques et fiables concernant l'application de la loi sur la santé mentale et les plaintes devraient être collectées.
2. Les responsables des soins aux personnes atteintes de troubles mentaux devraient :
 - i. recevoir de ceux chargés de l'assurance qualité et du contrôle :
 - a. des rapports réguliers et, lorsque cela est possible, les publier ;
 - b. des conseils sur les conditions et les établissements appropriés aux soins des personnes atteintes de troubles mentaux ;
 - ii. répondre aux questions, conseils et rapports émanant des systèmes d'assurance qualité et de contrôle.
3. Les informations relatives à la mise en œuvre de la loi sur la santé mentale et aux actions concernant le respect des normes devraient être accessibles au public.

**Exposé des motifs de la Recommandation Rec (2004)10
du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme
et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux**

Introduction

1. Les troubles mentaux peuvent avoir des effets significatifs sur les émotions, les perceptions et les capacités de réflexion et de raisonnement d'une personne. Ces effets peuvent avoir des répercussions importantes sur la vie privée et familiale de l'individu, ainsi que des conséquences sur les autres rôles sociaux de la personne, par exemple, son travail. La fréquence des formes légères de troubles mentaux est un phénomène de plus en plus reconnu ; l'Organisation mondiale de la santé estime qu'environ une personne sur quatre serait atteinte à un moment ou l'autre de sa vie d'un trouble mental. Bien souvent, ces troubles échappent à la vigilance du corps médical ou sont traités par un médecin de soins primaires.

2. Les troubles mentaux sévères sont beaucoup moins courants. Leurs effets sont plus graves et peuvent engendrer des risques sérieux pour la vie ou la santé de la personne concernée ou celles d'autrui. Le besoin potentiel de prendre des mesures permettant d'assurer la protection de ces personnes et au besoin celle de la société, est reconnu dans l'article 5 de la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales (1950).

3. Le 22 février 1983, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a adopté la Recommandation R (83)2 aux Etats membres *sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires*. Depuis cette date, des progrès considérables ont été accomplis en matière d'approches des soins et traitements dispensés aux personnes atteintes de troubles mentaux, notamment en termes de possibilités de traitement de ces personnes en dehors du cadre hospitalier. Le recours à certains types de traitement des troubles mentaux a également fait l'objet d'un vif débat.

4. Le 12 avril 1994, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a adopté la Recommandation 1235 (1994) *relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme*, dans laquelle est proposée l'élaboration d'une Recommandation au champ d'application élargi qui garantirait le respect des droits de l'homme des patients psychiatriques.

Rédaction de la Recommandation

5. A la lumière de la Recommandation de l'Assemblée parlementaire, le Comité des Ministres a créé un Groupe de travail placé sous l'autorité du Comité directeur pour la bioéthique afin d'élaborer des lignes directrices à insérer dans un nouvel instrument juridique du Conseil de l'Europe. Ces lignes directrices auraient pour objectif d'assurer la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles placées comme patients involontaires, y compris leur droit à un traitement approprié.

6. Le Groupe de travail a été présidé initialement par le Professeur Jan de Boer (Pays-Bas, 1996-1998), puis par le Professeur David Kingdon (Royaume Uni). Les membres du Groupe de travail ont été nommés par les Comités pertinents du Conseil de l'Europe, dont le CDCJ (Comité européen de coopération juridique), le CDSP (Comité européen de la santé), le CDBI (Comité directeur pour la bioéthique), le CDDH (Comité directeur pour les droits de l'homme) et le CDPC (Comité européen pour les problèmes criminels). Les membres étaient : M. Frank Schürmann (Vice-Président, Suisse), le Professeur Hans F.M. Crombag (Pays-Bas, 1996-1997), M. Vincent de Gaetano (Malte, 1996-1997), le Dr Pierre Lamothe (France, depuis 1999), le Professeur Jouko K. Lönnqvist (Finlande), le Dr Michael Mulcahy (Irlande, depuis 1998), M. Ionel Olteanu (Roumanie, 1997-1999), le Professeur Helmut Remschmidt (Allemagne, 1998-2001), le Professeur Dr Peter Riedesser (Allemagne, depuis 2001), le Professeur Emmanuel Roucouas (Grèce) et Mme Mariavaleria Del Tufo (Italie).

7. Le Groupe de travail a bénéficié de la précieuse expérience du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). Il a notamment procédé à un échange de vues avec son premier Vice-Président et avec un expert auprès du CPT. L'attention est appelée sur *Les Normes du CPT* (CPT/Inf/E(2002)1 rev. 2004), et particulièrement sur la section consacrée au

placement involontaire en établissements psychiatriques et celle concernant les services de santé dans les prisons. Les renvois aux avis et attentes du CPT mentionnés dans le présent Exposé des motifs sont basés sur ce document.

8. En janvier 2000, le Groupe de travail a publié, avec l'accord du Comité directeur pour la bioéthique, un « Livre blanc » en vue de consultations publiques dans le cadre de l'élaboration des lignes directrices proposées. Le Livre blanc - qui est un document de discussion - contient quinze éléments concernant la protection des personnes atteintes de troubles mentaux, qui pourraient être traités dans un futur instrument juridique. Les réponses reçues lors de la consultation ont affirmé la nécessité d'inclure l'ensemble de ces points et ont également contribué à l'amélioration des principes devant être reflétés au sein de chacun des éléments du futur texte juridique. Le Groupe de travail ayant convenu des principes devant être reflétés, ceux-ci ont été formulés de façon à s'inscrire dans un projet de Recommandation du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe. Le texte final comprend tous les éléments identifiés dans le Livre blanc, repartis dans les 38 articles pour des raisons de clarté.

9. Le projet de Recommandation a été examiné par le Comité directeur pour la bioéthique (CDBI) lors de ses réunions de décembre 2003 et de mars 2004 sous la présidence de Mme Dubravka Simonovic (Croatie). Le CDBI a été aidé dans ses travaux par un Groupe de rédaction².

10. La Recommandation est accompagnée du présent Exposé des motifs, rédigé sous la responsabilité du Secrétaire Général du Conseil de l'Europe. L'Exposé tient compte des discussions tenues par le Groupe de travail chargé de l'élaboration initiale de la Recommandation, par le CDBI et son Groupe de rédaction, ainsi que des remarques et propositions formulées par les délégations. L'Exposé des motifs ne se veut pas une interprétation authentique de la Recommandation. Néanmoins, il couvre les principales questions soulevées au cours du travail préparatoire et fournit des informations permettant d'éclairer l'objet et la finalité de la Recommandation et de mieux appréhender la portée de ses dispositions.

Titre

11. Le titre identifie cet instrument en qualité de « Recommandation Rec (2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux ». L'emploi du terme « relative à » précise bien que la Recommandation ne rend pas compte de façon exhaustive des droits et des libertés fondamentales des personnes atteintes de troubles mentaux ; ces personnes jouissent également des droits énoncés dans d'autres instruments et applicables aux personnes sur un plan général tels que la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales (« Convention européenne des Droits de l'Homme ») du 4 novembre 1950 et la Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine (« Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine ») du 4 avril 1997.

Préambule

12. La reconnaissance des violations des droits des personnes soumises à un placement involontaire commises par le passé et d'autres qui perdurent est la raison pour laquelle le Préambule insiste sur le niveau de protection approprié requis en particulier pour celles qui font l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires.

13. Les effets d'un trouble mental sur les émotions, les capacités de perception et de réflexion de la personne peuvent être considérés comme des facteurs qui affectent l'essence de l'individualité de la personne. De la même manière, il peut en être de même des traitements qui modifient ces aspects du fonctionnement de la personne. Les traitements et soins psychiatriques nécessitent une connaissance

² Le Groupe de rédaction était composé des personnes suivantes : Mme Dubravka SIMONOVIC (Présidente, Croatie), le Dr Anna BROCKMANN (Allemagne), le Professeur David KINGDON (Royaume Uni), Mme Rachelle LE COTTY (France), Mme Femma PAIS (Pays-Bas), Dr Svetlana POLUBINSKAYA (Fédération de Russie), Mme Ruth REUSSER (Suisse) et le Professeur Henriette ROSCAM ABBING (Pays-Bas).

approfondie de la nature intime des sentiments et croyances de la personne, au point que les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent être, ou avoir le sentiment d'être, particulièrement vulnérables lors de leurs contacts avec les services de santé mentale. Le Préambule souligne la nécessité de s'assurer que les personnes atteintes de troubles mentaux ne sont jamais exploitées notamment émotionnellement (ou psychologiquement), physiquement, sexuellement ou financièrement.

14. La vulnérabilité potentielle des personnes atteintes de troubles mentaux justifie la nécessité de créer un cadre réglementaire approprié pour guider les professionnels de santé mentale dans leurs pratiques. La loi, les instances de contrôle indépendantes et le cadre de normes professionnelles permettront de définir le contexte au sein duquel travaillent les professionnels de santé mentale. Néanmoins, ils restent responsables, dans la mesure de leurs possibilités, de la défense des normes éthiques et juridiques pertinentes lors de leurs contacts individuels avec les personnes atteintes de troubles mentaux.

15. Le Préambule demande aux professionnels de santé mentale de réexaminer régulièrement leur pratique. Ce point est examiné plus en détails aux paragraphes 80 à 84 ci-dessus. D'autre part, en encourageant la franchise et la transparence, cette demande a pour objet de minimiser les risques d'exploitation des personnes atteintes de troubles mentaux.

Chapitre I – Objet et champ d'application

Article 1 – Objet

16. Cette Recommandation a pour but de protéger la dignité, les droits de l'homme et les libertés fondamentales de toutes les personnes atteintes de troubles mentaux. Celles qui font l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires sont à considérer comme un groupe de personnes particulièrement vulnérable d'où l'insistance placée sur leur besoin de protection.

17. Le second paragraphe de cet article établit clairement que les Etats peuvent fixer des règles de protection d'un niveau supérieur à celui que requiert la Recommandation. En d'autres termes, le texte définit des normes communes auxquelles les Etats devraient de se conformer, tout en conservant la faculté d'accorder aux personnes atteintes de troubles mentaux une protection plus étendue.

Article 2 – Champ d'application et définitions

18. Le premier paragraphe de l'article spécifie que la Recommandation s'applique aux personnes atteintes de troubles mentaux définis selon les normes médicales internationalement reconnues. Toutefois, les dispositions de la Recommandation ne s'appliquent à une personne atteinte d'un trouble mental que dans la mesure où elles sont pertinentes pour son état.

19. Les dispositions pertinentes de la Recommandation sont également applicables à une personne faisant l'objet d'un placement involontaire en accord avec l'article 17, afin de déterminer si un trouble mental est présent.

20. Le Chapitre V de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui concerne les *Troubles mentaux et du comportement* (CIM-10) est un exemple de normes médicales internationalement reconnues. Cela inclut les troubles mentaux qui surviennent en majorité durant l'enfance ou la vieillesse (par exemple, la démence) ainsi que les troubles qui se déclarent à l'âge adulte, y compris les troubles mentaux liés à l'alcool ou à l'utilisation d'autres substances psychoactives. Cette manière de définir le trouble mental a pour objet d'éviter les approches singulières de l'établissement du diagnostic. La « schizophrénie lente » est un exemple de cette approche singulière appliquée par le passé par certains régimes totalitaires sans être admise ailleurs dans le monde.

21. Le terme « maladie mentale » n'est pas utilisé dans la CIM-10, même si des troubles tels que la schizophrénie ou le trouble affectif bipolaire, couramment considérés comme des maladies, y sont décrits. La

CIM-10 comprend également les troubles de la personnalité, et décrit ainsi les troubles de la personnalité chez l'adulte :

« Il s'agit de perturbations sévères de la personnalité et des tendances comportementales de l'individu, non directement imputables à une maladie, une lésion, ou une autre atteinte cérébrale, ou à un autre trouble psychiatrique. Ces perturbations concernent habituellement plusieurs secteurs de la personnalité ; elles s'accompagnent en général d'un bouleversement personnel et social considérable, apparaissent habituellement durant l'enfance ou l'adolescence et persistent pendant tout l'âge adulte. »

22. La CIM-10 utilise également les termes « retard mental » pour décrire l'état suivant :

« Arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental, caractérisé essentiellement par une altération, durant la période du développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des capacités sociales. »

23. En-dehors de la classification, les termes « retard mental » sont rarement utilisés, des expressions alternatives telles que « difficultés d'apprentissage » ou « handicap mental » étant préférées dans différents pays. Les préférences des personnes atteintes quant à la manière dont leur état devrait être décrit, devraient également être prises en compte. Aucune terminologie n'est considérée idéale par tous. Dans le présent Exposé, le terme « handicap mental » est utilisé.

24. Les personnes atteintes de handicap mental et celles atteintes de maladie mentale représentent des groupes de personnes très différents et leurs besoins ne devraient pas être considérés comme semblables. Toutefois, les deux groupes peuvent être vulnérables et assurer leur protection appropriée est au centre de cette Recommandation. Cette dernière contient des dispositions susceptibles de concerner ces deux groupes de personnes, mais qui ne devraient s'appliquer à une personne que dans la mesure où elles sont pertinentes pour son état.

25. Les dispositions générales du Chapitre II, notamment, peuvent être pertinentes pour les personnes atteintes d'un handicap mental, en particulier le principe de la restriction minimale (article 8) et les règles de l'article 9.1 relatives à l'environnement et aux conditions de vie ainsi que les dispositions protectrices de l'article 30 concernant la procréation. Les personnes atteintes d'un handicap mental ont parfois un comportement très agressif et/ou irresponsable. Un tel comportement peut ou non être associé à la maladie mentale. En l'absence d'alternatives moins restrictives ou spécifiques, l'application de la législation sur la santé mentale peut être envisagée, les principes du Chapitre III de la Recommandation étant alors pertinents. Toutefois, les mesures involontaires ne devraient jamais être appliquées à une personne atteinte d'un handicap mental en se basant uniquement sur l'existence de ce handicap. Les critères et procédures pertinents établis dans le Chapitre III devraient être satisfaits avant qu'une personne atteinte de trouble mental, qu'il s'agisse d'une maladie mentale, d'un handicap mental ou de tout autre trouble mental, puisse faire l'objet d'une mesure involontaire.

26. Le second paragraphe de l'article 2 reprend le principe défini dans l'article 2 de la Recommandation R (83)2 du Comité des Ministres aux Etats membres *sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires*. Ce principe suit la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme, par exemple dans son arrêt de l'affaire *Winterwerp*, selon lequel « ... on ne saurait évidemment considérer que l'alinéa e) de l'article 5 paragraphe 1 [de la Convention européenne des Droits de l'Homme] autorise à détenir quelqu'un du seul fait que ses idées ou son comportement s'écartent des normes prédominant dans une société donnée. »³

27. Le paragraphe 3 définit certains termes importants utilisés dans la présente Recommandation.

28. Les caractéristiques d'un tribunal ou d'une instance juridictionnelle similaire devraient être interprétées en accord avec la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme. L'article 6 de la Convention européenne des Droits de l'Homme fait référence à « un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi ». Selon la Cour européenne des Droits de l'Homme, le « tribunal » se caractérise par sa fonction judiciaire, c'est-à-

³ *Winterwerp c. Pays-Bas*, arrêt du 24 octobre 1979, requête numéro 00006301/73

dire qu'il se prononce sur les affaires qui relèvent de sa compétence, sur la base des textes de loi et suivant une procédure obéissant à des règles. Le tribunal devrait réunir les conditions suivantes :

- a. être établi par la loi et répondre aux exigences d'indépendance et d'impartialité ;
- b. pouvoir statuer sur tous les aspects du litige ou de l'accusation pour lesquels l'article 6 s'applique et prononcer par conséquent un jugement exécutoire concernant l'affaire jugée ;
- c. l'intéressé devrait avoir accès au tribunal.

29. Dans la présente Recommandation, l'expression « établissement » fait référence aux locaux (comprenant les établissements et les services) où une personne atteinte d'un trouble mental peut être placée. L'expression devrait être comprise dans un sens large. Au Chapitre III, le terme plus spécifique « établissements psychiatriques » est utilisé (voir paragraphe 117, ci-dessous).

30. Différents Etats peuvent désigner de manière différente la fonction de « personne de confiance » telle que définie dans la présente Recommandation. Selon le système en place au niveau national, la personne de confiance peut être désignée par l'intéressé ou par la loi. La personne de confiance peut, par exemple, être un membre de la famille, un avocat ou un conseiller désigné par une autorité.

31. Un représentant est une personne désignée par la loi (par exemple un parent dans le cas d'un enfant) ou suivant une procédure légale, par exemple par un tribunal.

32. Lorsqu'une personne prend contact pour la première fois avec les services de santé mentale, il n'est pas toujours possible d'effectuer immédiatement un diagnostic exact. Le cas échéant, un diagnostic provisoire est formulé qui peut être ensuite réexaminé à la lumière des observations faites ultérieurement, y compris, lorsqu'elle est pertinente, la réponse de la personne au traitement proposé sur la base du diagnostic provisoire. Le terme « diagnostic » est donc inclus dans la définition de « fins thérapeutiques ».

33. En ce qui concerne les définitions des termes « traitement » et « fins thérapeutiques », il devrait être noté que certains troubles mentaux, tels que la démence, ne peuvent actuellement être traités. Toutefois, dans certains cas il peut être possible de ralentir le processus de détérioration. D'autres troubles, tels que le trouble affectif bipolaire, peuvent être périodiques. Même s'il peut ne pas être possible de guérir le trouble, un épisode maniaque ou dépressif aigu peut être traité et la personne peut récupérer un niveau de fonctionnement normal. Ces deux exemples sont couverts par la référence à la « suppression » dans la définition de « fins thérapeutiques » utilisée dans la présente Recommandation. De la même manière, sont également couvertes par cette référence, les interventions ayant pour but de limiter l'impact, sur la vie de la personne, des déficits de fonctionnement liés à la schizophrénie (normalement désignées par réadaptation).

34. Dans la définition du traitement, la référence aux interventions physiques comprend le recours à des interventions pharmacologiques.

35. La référence à la dimension sociale de la vie d'une personne dans la définition du traitement reflète le fait que l'existence d'un lien social positif avec d'autres personnes, par exemple des membres de la famille et des amis, que la personne apprécie et auprès desquels elle peut s'exprimer dans la mesure où elle le souhaite, peut avoir un effet bénéfique sur la santé mentale. Pour les personnes atteintes de troubles mentaux qui vivent relativement isolées, en particulier lorsque leur trouble mental est grave, les interventions conçues pour améliorer la dimension sociale de leur vie – par exemple, venir pendant la journée dans un centre spécialisé, un centre d'activités sociales ou participer à une activité de groupe - peuvent être bénéfiques.

36. Il a également été convenu que, aux fins de la présente Recommandation, on entend par les termes suivants :

« Psychiatre » : médecin possédant des qualifications et une expertise particulières en matière d'évaluation, de diagnostic et de traitement des troubles mentaux.

« Médecin possédant les compétences et l'expérience requises » : médecin qui n'est pas nécessairement un psychiatre - comme cela peut être le cas dans les situations d'urgence - mais qui possède une expérience suffisante pour traiter les questions médicales et administratives liées au placement ou au traitement, qu'ils soient volontaires ou involontaires.

« Risque » : il peut s'interpréter comme la probabilité de survenue d'un dommage.

37. La notion de « placement » fait référence à l'action qui consiste à placer une personne dans un établissement précis et dans un but ou à des fins particulières ; dans le cadre de la présente Recommandation, il peut s'agir d'un ou de plusieurs objectifs thérapeutiques. De tels placements peuvent s'effectuer sur une base volontaire, par exemple lorsqu'une place dans un hôpital ou dans un centre de réadaptation est proposée à la personne et que celle-ci accepte l'offre. Les placements peuvent également être effectués sur une base involontaire dans les conditions prévues au Chapitre III de la présente Recommandation.

38. La notion de « situations d'urgence » est expliquée aux paragraphes 98 et 160 du présent Exposé.

Chapitre II – Dispositions générales

Article 3 – Non-discrimination

39. Au paragraphe 2, la disposition visant à prendre des mesures pour éliminer toute forme de discrimination fondée sur les troubles mentaux passés ou présents est le corollaire du principe général interdisant la discrimination pour tous les motifs définis dans le Protocole 12 à la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales du 4 novembre 2000 (STE 177). Ce principe général, établi au paragraphe 1, est également reconnu au plan mondial, par exemple dans le Principe 1(4) de la Résolution A/RES/46/119 des Nations Unies, du 17 décembre 1991, sur la *Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale*. Le paragraphe 2 reflète le fait que l'on observe encore actuellement des cas de discrimination à l'encontre de personnes en raison d'un trouble mental.

40. Dans cet article, comme dans le Protocole 12, les autres instruments du Conseil de l'Europe et dans la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme, le terme « discrimination » est entendu au sens de « discrimination injustifiée ». En particulier, ce principe ne peut interdire les mesures positives susceptibles d'être mises en œuvre pour rétablir un certain équilibre en faveur des personnes défavorisées du fait de leurs troubles mentaux passés ou présents. En conséquence, les mesures spéciales entreprises pour protéger les droits et assurer la promotion des personnes atteintes de troubles mentaux ne devraient pas être considérées comme discriminatoires.

41. La possibilité pour un groupe particulier de personnes atteintes de troubles mentaux passés ou présents d'être sujet à la discrimination devrait être reconnue et mérite d'être examinée. A titre d'exemple, certaines personnes ont rapporté les réactions particulièrement négatives de leurs interlocuteurs lorsqu'elles leur informent qu'elles ont effectué un séjour en établissement psychiatrique ou qu'elles ont été soumises à une mesure involontaire. Toutefois, une mesure proportionnée prise afin de prévenir des risques potentiels graves pour des tiers – par exemple, refuser d'accorder une licence pour la détention d'une arme à une personne ayant eu des manifestations périodiques d'une maladie mentale grave – ne devrait pas être considérée comme discriminatoire au sens du présent article ou des autres instruments du Conseil de l'Europe.

42. Les personnes qui sont ou ont été atteintes de troubles mentaux liés à l'alcool ou l'utilisation de substances psychoactives sont souvent perçues négativement, comme peuvent l'être les personnes qui, suivant la CIM-10, peuvent être considérées comme atteintes d'un trouble de la préférence sexuelle tel que la pédophilie. Dans l'exemple de la pédophilie, la protection des enfants est la considération primordiale. Toutefois, il est important de s'assurer que lorsqu'une distinction est faite (par exemple concernant les droits civils ou l'accès aux services) entre des personnes considérées comme étant atteintes de pédophilie et d'autres personnes, elle peut être justifiée. L'existence d'attitudes négatives à l'égard de certains groupes de personnes, peut être une indication quant à la nécessité d'une attention particulière aux problèmes de

discrimination à l'encontre de tels groupes, sans préjudice des sanctions applicables en cas d'infraction pénale.

43. La discrimination peut également intervenir dans les services de santé proprement dits, par exemple lorsque des patients atteints de troubles mentaux se voient accorder une priorité moindre en matière de traitement de leurs maladies physiques. Des proches de personnes atteintes d'un handicap mental ont exprimé des inquiétudes de cette nature. A plus grande échelle, la question de savoir si l'allocation de ressources humaines et financières aux services de santé mentale est équitable comparativement à celle des services de santé physique mérite d'être prise en considération.

44. Les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent être confrontées aux préjugés et à la discrimination dans leur vie quotidienne, par exemple en matière d'emploi ou d'assurance. Le logement peut aussi poser problème, des rapports ayant par exemple fait état de résidents locaux s'opposant à l'implantation dans leur voisinage de nouveaux logements destinés à des personnes atteintes de troubles mentaux.

45. La discrimination n'a rien à voir avec la stigmatisation, bien que celle-ci peut accroître la probabilité d'une discrimination. La façon dont la société perçoit les troubles mentaux influe sur la probabilité de stigmatisation et de discrimination. Le rôle des médias dans le traitement de la discrimination devrait être examiné ; ainsi, l'emploi par les médias de termes péjoratifs au sujet de personnes atteintes de troubles mentaux, ou encore l'usage erroné du terme « schizophrénie » dans des situations inappropriées peuvent renforcer les attitudes négatives à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux.

Article 4 – Droits civils et politiques

46. Cet article attire l'attention sur la nécessité de prendre dûment en compte les dispositions des articles 3 (qui concerne l'interdiction de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants), 8 (respect de la vie privée et familiale), 10 (liberté d'expression) et article 12 (droit au mariage et à fonder une famille) de la Convention européenne des Droits de l'Homme, tels qu'ils ont été élaborés et interprétés par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme. Une considération particulière devrait également être accordée au *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* (Nations Unies, 1966).

47. Les restrictions apportées à ces droits devraient être des exceptions et non la règle. Du fait de l'importance de ces droits, ils ne devraient être restreints que si la loi le prévoit. De tels droits peuvent être restreints pour différentes raisons, par exemple dans le cadre de la loi pénale ou de lois sur la protection des enfants, mais le second paragraphe souligne le fait que les restrictions devraient être en conformité avec les dispositions de la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales et ne devraient pas être fondées sur le simple fait que la personne est atteinte d'un trouble mental. De telles restrictions devraient donc respecter les garanties prévues par cette Convention (par exemple, la restriction est proportionnée au but recherché) et la jurisprudence pertinente de la Cour européenne des Droits de l'Homme concernant ces garanties.

48. Le droit de vivre et de travailler dans la société, qui est précisé dans le Principe 3 de la Résolution A/RES/46/119 des Nations Unies, sur la *Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale* sont des exemples spécifiques de droits civils et politiques. Toute restriction apportée à ces droits devrait donc satisfaire aux conditions précisées au paragraphe 2 du présent article.

49. Le Principe 3 de la Recommandation R (99)4 du Conseil de l'Europe *sur les principes concernant la protection juridique des majeurs incapables* stipule que « une mesure de protection ne devrait pas automatiquement priver la personne concernée du droit de voter, de tester.. » et que « chaque fois que cela est possible, le majeur devrait avoir la possibilité d'accomplir de façon juridiquement effective des actes de la vie quotidienne ». Comme évoqué dans le contexte des intérêts économiques au paragraphe 57 ci-dessous, des mesures adéquates devraient être disponibles pour gérer les affaires d'une personne incapable au bénéfice de la personne concernée et pour assurer son bien-être.

Article 5 – Promotion de la santé mentale

50. L'éducation du public en matière de troubles mentaux est un facteur important lorsqu'il s'agit de faire face à la discrimination ou à la stigmatisation, mais a également d'autres fins. Les craintes fondées sur le manque d'information à propos de la nature des troubles mentaux et les possibilités de traitement contribuent aux attitudes négatives (de membres de la famille et d'amis, ainsi que celle du public au sens plus large) envers les personnes qui en sont atteintes. Ces attitudes négatives peuvent contribuer au fait qu'une personne ne recherchera pas d'aide et de traitement approprié, et peut affecter l'efficacité du traitement. L'article 5 souligne donc l'importance de la promotion de la santé mentale. En plus d'aider à combattre la discrimination, ces activités, éventuellement incluses dans les programmes d'éducation sanitaire, devraient permettre au public de mieux s'informer :

- des mesures qu'ils pourraient prendre pour prévenir le développement des troubles mentaux ;
- sur la manière de reconnaître le développement de ces troubles chez eux-mêmes ou chez leurs proches ; et
- sur les options qui pourraient être disponibles pour traiter ces troubles. Une meilleure sensibilisation du public en ce sens peut encourager les personnes à recourir plus rapidement à un traitement médical lorsqu'elles développent un trouble mental.

Article 6 – Information et assistance sur les droits des patients

51. Lorsqu'une personne est placée ou traitée pour un trouble mental, volontairement ou non, il y a lieu de parler d'elle sous le terme de « patient » et de l'informer de ses droits. Dans le contexte des services de santé mentale dans les différents pays, une terminologie différente peut être utilisée. Les termes « clients », « usagers » ou « consommateurs » en sont des exemples. Toutefois, toutes ces personnes jouissent des mêmes droits à l'information et à l'assistance, si elles sont placées ou traitées pour un trouble mental. L'article 22 de cette Recommandation couvre la situation dans laquelle une personne est soumise à des mesures involontaires, lorsque des informations spécifiques sont également requises concernant les mesures en question.

52. Tous les patients ont besoin d'informations générales sur leurs droits. Il s'agit en particulier du droit, lorsque la personne a la capacité de consentir, de refuser de donner son consentement au traitement (sauf dans le cas d'un traitement involontaire). La personne devrait aussi avoir droit à l'assistance d'une « personne de confiance », capable de l'aider à défendre ses intérêts et susceptible de lui apporter un soutien moral dans les situations où elle se sent vulnérable, par exemple lors des entretiens avec les responsables professionnels de la santé mentale. Cette personne de confiance pourrait être un proche de la personne concernée, par exemple un membre de sa famille ou un ami. Il pourrait également s'agir d'une personne mandatée par un service assurant cette fonction ou d'une instance volontaire et formée pour remplir ce rôle, ou d'un conseiller désigné par une autorité. La possibilité de recourir à un avocat agissant dans ce rôle non juridique est également envisageable. Une personne peut choisir de ne pas avoir de personne de confiance, mais elle doit être informée de son droit d'avoir accès à une personne ou une instance compétente, indépendante du service de santé mentale, habilitée à les assister, le cas échéant, dans l'exercice de ces droits. Enfin, le patient devrait avoir connaissance de la procédure à suivre pour déposer une plainte.

53. L'article 22 stipule que les patients soumis à des mesures involontaires devraient être informés par écrit de leurs droits. Bien que l'article 6 ne précise pas que l'information à donner à tous les patients le soit sous forme écrite, il est de pratique recommandable de le faire. Néanmoins, les informations écrites ne devraient pas se substituer aux informations communiquées oralement en face à face, mais venir en complément.

54. Lorsqu'une personne n'a pas la capacité de comprendre l'information et qu'elle dispose d'un représentant, c'est à lui que les informations devraient être fournies. Dans cette situation, il est aussi de bonne pratique de transmettre l'information à la personne de confiance du patient, le cas échéant. De même, il serait de bonne pratique de communiquer les informations par écrit.

Article 7 – Protection des personnes vulnérables atteintes de troubles mentaux

55. Les personnes peuvent être considérées comme vulnérables en raison de facteurs cognitifs, conjoncturels, institutionnels, personnels (déférence), médicaux, économiques et sociaux ou en raison d'une combinaison de ces facteurs :

- Dans les cas d'une vulnérabilité cognitive, les personnes en question peuvent ne pas avoir la capacité de prendre une décision éclairée pour ce qui est de donner ou de ne pas donner son consentement à un placement ou un traitement proposés. Ces personnes peuvent être mineures, atteintes de démence ou d'un handicap mental. Le Préambule met l'accent sur le fait que les personnes atteintes de troubles mentaux ne devraient jamais être exploitées. Les cas signalés d'exploitation sexuelle de personnes atteintes de handicap mental soulignent la nécessité d'être conscient de la vulnérabilité de telles personnes dans les institutions. L'article 7 insiste sur la nécessaire mise en place de mesures visant à prévenir une telle exploitation.

- Les personnes dont la vulnérabilité est liée à la situation peuvent avoir en principe la capacité de prendre des décisions, mais sont privées de leur aptitude à exercer cette capacité par la situation dans laquelle elles se trouvent (par exemple dans le cas d'une situation d'urgence ou en raison de leur mauvaise connaissance de la langue dans laquelle l'information est communiquée et le consentement est demandé).

- Les personnes institutionnellement vulnérables pourraient être des individus dotés d'une capacité cognitive pleine et entière de consentir, mais qui se trouvent assujetties à l'autorité de personnes ou d'instances dont les intérêts propres peuvent être en contradiction avec les leurs. Ce type de vulnérabilité intervient souvent pour les personnes au stade précoce de démence, de handicap mental ou de troubles psychotiques à long terme, notamment celles traitées dans des maisons de santé ou des établissements similaires et qui sont dans l'incapacité de consentir ou de résister aux éventuelles violations de leurs droits de l'homme. Les personnes susceptibles de vulnérabilité institutionnelle pourraient aussi être décrites comme dépendantes.

- La vulnérabilité de déférence est analogue à la vulnérabilité institutionnelle, mais à la différence de celle-ci, elle repose sur une hiérarchie informelle plutôt qu'officielle. Cette hiérarchisation peut s'appuyer sur des cadres sociaux ou sur une déférence subjective témoignée pour l'avis d'un membre de la famille. Une personne soignée à domicile par des membres de sa famille pourrait également être décrite comme dépendante. Les patients peuvent aussi éprouver un sentiment de déférence pour les souhaits (perçus ou réels) du professionnel de la santé mentale.

- La vulnérabilité de déférence peut aussi intervenir lorsqu'une personne appartient à un groupe étroitement lié, doté d'une hiérarchie plus ou moins officielle, qui partage des croyances et des objectifs communs. Si la personne a peu de liens sociaux en dehors du groupe, elle peut ressentir une pression, réelle ou imaginaire, pour se conformer aux avis de la hiérarchie.

- La vulnérabilité médicale touche en particulier les personnes atteintes de maladies pour lesquelles il n'existe pas de traitement courant satisfaisant. Elle peut concerner certains patients atteints de schizophrénie ou de démence. Ces personnes - ou les membres de leur famille - sont susceptibles d'être exploitées par quelqu'un qui leur promet un « remède miracle ». Toutefois, l'impacte de toute maladie mentale peut menacer l'image que la personne a d'elle-même et son sens de l'identité. Si la personne perçoit cette situation, le désir de la personne de revenir à son « état normal » peut rendre la personne vulnérable et exagérément sensible, par exemple, aux conseils d'autrui, aux publicités ou affirmations concernant des traitements éventuels (dans certains cas onéreux).

- La vulnérabilité économique concerne des personnes qui ont la capacité de consentir, mais qui peuvent par exemple être facilement convaincues de participer à un projet de recherche par ce qu'elles en retireraient un gain financier ou pour ne pas être privées de certaines prestations, alors qu'elles n'y consentiraient pas dans le cas contraire.

- La vulnérabilité sociale découle de la place de certains groupes dans une société donnée. Il peut s'agir de groupes victimes de stéréotypes, ayant subi une discrimination dans le passé, étant arrivés

récemment dans la communauté, ne parlant pas la langue locale ou étant économiquement défavorisés (à l'instar des personnes économiquement vulnérables). Un exemple peut, selon les circonstances, être les minorités ethniques ou les étrangers ; un autre type d'exemple peut être les personnes reconnues coupables d'atteintes aux mœurs. Comme cela est indiqué dans la CIM-10, l'homosexualité n'est pas un trouble mental. Néanmoins, dans certaines sociétés, les personnes homosexuelles peuvent faire l'objet de discrimination, ce qui peut accroître le risque de développement d'un trouble mental tel que la dépression. Comme cela est indiqué au paragraphe 35, certaines personnes atteintes de troubles mentaux graves vivent dans un relatif isolement social ; un tel isolement peut également être source de vulnérabilité sociale

56. Ainsi, les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent être vulnérables même si elles ont la capacité de consentir. Toutefois, celles qui n'ont pas cette capacité sont particulièrement vulnérables. Le second paragraphe de cet article souligne la nécessité de prendre des mesures pour protéger les intérêts économiques des personnes vulnérables – par exemple lorsqu'un tiers administre et gère les finances de la personne en son nom. Les dispositions de la Recommandation R (99)4 du Conseil de l'Europe *sur les principes concernant la protection juridique des majeurs incapables* devraient être prises en compte lorsqu'elles s'avèrent pertinentes. Tout arrangement devrait être soigneusement réglementé et soumis à un réexamen par des instances de contrôle pour assurer que, conformément au Principe 8 de la Recommandation R (99)4, les intérêts et le bien-être de la personne sont pris en compte de manière prééminente. Si la personne concernée retrouve la capacité de gérer ses affaires, ces arrangements devraient être interrompus.

57. La protection des intérêts économiques ne concerne pas seulement des personnes telles que celles atteintes de démence et nécessitant une gestion de leurs finances sur une longue période. Un épisode aigu de trouble mental, par exemple une phase maniaque de trouble affectif bipolaire, peut pousser le patient à dépenser de l'argent dont il ne dispose pas, à prendre des décisions imprudentes dans le cadre de son emploi et donc à mettre en péril sa situation économique future. C'est pourquoi des mesures devraient être accessibles pour protéger la situation économique des personnes atteintes de troubles mentaux, par exemple au travers d'une gestion tutélaire ou de tout autre moyen approprié. Comme cela est souligné par le Principe 16 de la Recommandation R (99)4 *sur les principes concernant la protection juridique des majeurs incapables*, il devrait y avoir un contrôle approprié de la mise en œuvre des mesures de protection ainsi que des actes et décisions des représentants. Un tel contrôle par une source indépendante peut prévenir les utilisations abusives des ressources de la personne. Par ailleurs, des mesures visant à protéger les personnes atteintes de troubles mentaux dans le cadre de leur emploi peuvent s'avérer nécessaires.

Article 8 – Principe de la restriction minimale

58. Il s'agit d'un principe fondamental, lui aussi reconnu au plan international par le Principe 9(1) de la Résolution A/RES/46/119 des Nations Unies sur la *Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale*. L'environnement dans lequel il est approprié de traiter une personne varie tout au long de la maladie : à titre d'exemple, une personne atteinte de manie grave qui fait l'objet d'un placement et traitement involontaires nécessitera peut-être au départ d'être traitée dans un environnement équipé de certaines restrictions (par exemple un verrou sur la porte du service). Lorsque la maladie évolue positivement, le principe de restriction minimale implique que cette personne soit transférée dans un environnement moins restrictif lorsqu'une telle mesure est appropriée aux exigences liées à la santé de la personne. L'application du principe lorsqu'une personne atteinte de trouble mental a commis une infraction pénale grave est examinée plus en détails au paragraphe 76. Le principe est davantage développé dans des contextes spécifiques dans la Recommandation, par exemple, concernant la nécessité de mettre à disposition aussi largement que possible des alternatives aux mesures involontaires, et le recours à l'isolement ou la contention (article 27) ou aux traitements particuliers couverts par l'article 28.

59. La référence au traitement « impliquant la moindre intrusion » ne devrait pas être considérée comme l'équivalent d'un « traitement invasif ». Les personnes peuvent varier dans leur perception de l'importance de l'intrusion que représente un traitement. Par exemple, certains peuvent considérer un type de psychothérapie dans lequel il est nécessaire d'explorer les croyances et sentiments intimes comme impliquant une intrusion plus importante que le recours à des médicaments. D'autres peuvent avoir un avis

opposé. C'est la raison pour laquelle la Recommandation insiste, dans l'article 12, sur la nécessité de prendre en compte l'avis de la personne lors de l'élaboration de son plan de traitement.

60. En outre, dans certaines circonstances, une personne peut souhaiter renoncer à son droit au traitement disponible impliquant la moindre intrusion. Elle pourrait considérer la psychothérapie comme le traitement impliquant la moindre intrusion, mais reconnaître que les médicaments peuvent avoir un effet d'amélioration plus rapide de son état et donc préférer avoir recours à ces derniers.

61. Les références à la disponibilité dans cet article devraient être comprises comme se rapportant à ce qui est disponible dans le pays ou la région concernés. La « région » peut impliquer plusieurs pays géographiquement proches.

62. La référence à la protection de la sécurité d'autrui devrait être comprise au sens large. Par exemple, une personne peut se sentir menacée par un harcèlement psychologique persistant ou par le fait d'être suivie aussi bien que par une agression physique.

Article 9 – Environnement et conditions de vie

63. Le premier paragraphe de cet article reflète le Principe 13(2)(d) de la Résolution A/RES/46/119 des Nations Unies sur la *Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale*. Parmi les exemples de mesures de réadaptation professionnelle, on peut citer l'orientation et la formation professionnelles, les services de placement et d'assistance susceptibles d'aider les personnes atteintes de troubles mentaux à assurer ou à conserver un emploi dans la société. Certaines personnes ont été dans une institution pendant de nombreuses années dès leur jeune âge et n'ont donc jamais été intégrées dans la société en particulier pendant leur vie adulte. Une large gamme de mesures de réadaptation peut être nécessaire pour permettre à ces personnes d'être intégrées dans la société lorsque cela est approprié.

64. Les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent faire l'objet d'un placement dans différents types d'établissements. Il peut s'agir d'hôpitaux psychiatriques spécialisés, de services de psychiatrie dans des hôpitaux généraux et de toute une gamme de logements divers dans la société (par exemple les foyers de réinsertion ou les foyers d'hébergement). Les patients peuvent être placés temporairement dans des établissements destinés au traitement de personnes présentant des besoins en matière de soins de santé physique (par exemple dans un hôpital général). Néanmoins, l'article fait exclusivement référence aux établissements conçus pour le placement de personnes atteintes de troubles mentaux. Les personnes atteintes d'un handicap mental peuvent aussi être placées dans divers établissements, ces derniers devant prendre en compte les besoins de ces personnes, notamment un environnement thérapeutique positif, et leurs droits, y compris le droit à la vie privée.

65. La vulnérabilité des personnes qui font l'objet d'un placement, en particulier lorsqu'il s'agit d'un placement involontaire, ne devrait jamais être oubliée. Même aujourd'hui, il a été constaté dans certains services psychiatriques en Europe que les moyens essentiels nécessaires pour protéger la vie (nourriture, chaleur et abris) n'ont pas été assurés, causant la mort de certains patients par malnutrition ou hypothermie. De telles conditions sont totalement inacceptables. Les moyens essentiels pour protéger la vie sont nécessaires dans tout environnement thérapeutique.

66. Une attention particulière devrait être portée aux paragraphes 34 et 36 du Huitième rapport général d'activités du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) (document CPT/Inf (98)12) qui met en évidence un certain nombre de critères susceptibles de créer un environnement thérapeutique positif pour les personnes placées comme patients involontaires dans un établissement psychiatrique. Ils incluent :

- un espace de vie par patient suffisant ainsi qu'un éclairage, un chauffage et une aération adéquats ;
- une décoration tant des chambres des patients que des aires de loisirs ;
- la mise à disposition de tables de chevet et de penderies et l'individualisation de l'habillement ;

- l'autorisation pour les patients de conserver certains effets personnels ;
- la préservation d'un certain degré de vie privé, en particulier en évitant les dortoirs de grande capacité privant les patients de toute vie privée ;
- l'autorisation pour les patients qui le souhaitent d'accéder à leur chambre au cours de la journée, plutôt que de d'être contraints de rester avec d'autres patients dans les aires communes ;
- la mise à disposition d'une nourriture non seulement de quantité et qualité adéquates, mais aussi servie aux patients dans des conditions satisfaisantes ; les équipements de restauration devraient également tenir compte des croyances religieuses et des coutumes des patients ainsi que des besoins des patients handicapés. Comme cela est indiqué au paragraphe 65 ci-dessus, le problème de la malnutrition doit être évité. Toutefois, dans certaines sociétés, l'obésité (avec les problèmes de santé qui en résultent) est un problème croissant et il est de bonne pratique d'offrir un choix de nourritures aux patients qui leur permette de satisfaire leur appétit tout en maintenant un poids approprié sur le plan de la santé.

67. Bien que ces principes aient été édictés dans le contexte du placement involontaire, ils sont également pertinents pour les établissements accueillant des patients en placement volontaire.

68. La disposition du second paragraphe de cet article portant sur l'enregistrement des établissements conçus pour le placement involontaire de personnes atteintes de troubles mentaux vise à en faciliter l'inspection et le contrôle appropriés de tels établissements, point traité à l'article 37.1 de la Recommandation. La Recommandation, le présent Exposé des motifs et les indications d'autres instances (par exemple le CPT et des instances professionnelles) peuvent contribuer à l'élaboration de critères pour décider si l'enregistrement d'un établissement est approprié - par exemple, les normes de soins prévues dans la Recommandation peuvent-elles être assurées dans un établissement précis? Toutefois, il revient aux Etats membres de déterminer les mécanismes appropriés pour l'enregistrement des établissements.

Article 10 – Prestation des services de santé

69. Le premier alinéa de cet article s'appuie sur le principe défini dans l'article 3 de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine, qui spécifie que « Les Parties prennent, compte tenu des besoins de santé et des ressources disponibles, les mesures appropriées en vue d'assurer, dans leur sphère de juridiction, un accès équitable à des soins de santé de qualité appropriée. »

70. La demande d'un accès équitable s'applique également à la mise à disposition de médicaments et d'autres formes de traitement. Comme cela est discuté au paragraphe 148, tout traitement devrait être délivré selon les obligations et normes professionnelles en vigueur. De plus, des services devraient être disponibles de façon appropriée pour contrôler les effets du traitement. Cela est particulièrement important dans le cas de certains médicaments utilisés pour traiter certaines formes de trouble mental. Le carbonate de lithium, qui peut être utilisé pour contrôler les troubles affectifs bipolaires, en est un exemple. Ce médicament peut être très efficace, mais il exige des tests sanguins réguliers afin de s'assurer que la dose utilisée reste à la fois thérapeutique et sans danger pour le patient.

71. La référence dans l'alinéa i. à divers groupes de personnes atteintes de troubles mentaux met en lumière l'importance de la diversité dans les prestations. L'article 29.4 de la Recommandation définit le principe général selon lequel les enfants atteints de troubles mentaux ne devraient pas être placés dans des établissements où sont accueillis également des adultes, sauf si un tel placement est instauré dans l'intérêt de l'enfant. Les patients âgés peuvent être physiquement fragiles et les placer dans un établissement acceptant également des patients plus jeunes atteints de pathologie psychotique aiguë peut présenter un risque pour eux plutôt que de leur offrir la protection à laquelle ils ont droit. En outre, les soins à apporter aux personnes atteintes de maladies aiguës peuvent être tels que les patients nécessitant une réadaptation et placés dans la même partie de l'établissement risquent de ne pas bénéficier de toute l'attention requise. De façon similaire, une maladie aiguë varie dans sa gravité et il peut être bénéfique pour les patients d'être placés, dans la mesure du possible, dans différentes parties de l'établissement selon la gravité de leur état.

72. Les personnes atteintes d'un handicap mental présentent également des besoins différents et nécessitent toute une gamme d'établissements adaptés à ces besoins, y compris des hôpitaux de jour et différents types d'établissements hospitaliers. Les enfants et les adolescents atteints de handicap mental ont des besoins particuliers en matière d'éducation et de réadaptation, et des dispositions appropriées devraient être prises pour y répondre. Il est impossible de présumer que les professionnels de la santé mentale, dont la formation leur a permis de développer de hautes compétences dans le traitement des personnes atteintes d'autres formes de trouble mental, sont tout aussi compétents, sans formation complémentaire, pour répondre aux besoins des personnes atteintes d'un handicap mental, notamment en cas de handicap sévère. Les établissements de placement devraient être disponibles au plan local et être d'un niveau raisonnable.

73. Les interventions précoces visant à préserver ou améliorer l'état de santé des personnes atteintes de troubles mentaux et empêcher la détérioration de leurs conditions nécessitent la disponibilité d'un ensemble de possibilités d'hébergement, d'emploi et d'options thérapeutiques, prenant en compte les considérations culturelles et les besoins des personnes atteintes de pertes sensorielles. Beaucoup de troubles mentaux, par exemple la schizophrénie et le trouble affectif bipolaire, ont un caractère récurrent. Si une personne a fait l'objet dans le passé de mesures involontaires, la disponibilité de services de post-cure et d'intervention précoce peuvent aider à minimiser le besoin d'un placement dans l'avenir.

74. En plus de la nécessité de disposer d'établissements adaptés aux besoins divers des différents groupes de personnes atteintes de maladies aiguës, il faudrait également prendre en compte le besoin d'établissements adaptés aux personnes atteintes de maladies plus chroniques ou nécessitant une réadaptation. Dans ce contexte, les besoins en matière de santé des personnes atteintes de troubles mentaux liés à l'alcool ou à l'utilisation d'autres substances psychoactives ne devraient pas être oubliés.

75. Le placement et le traitement involontaires sont des mesures qui impliquent une forte restriction des droits des personnes concernées. Elles ne devraient être appliquées qu'en dernier ressort. L'alinéa ii. de l'article 10 insiste sur la nécessité de développer des alternatives au placement et au traitement involontaires, conformément au principe de restriction minimale. En Europe comme aux Etats Unis, la littérature psychiatrique a démontré que la nécessité de placement des patients atteints de maladie aiguë peut être réduite en ayant recours à des hôpitaux de jour et à des équipes de soins à domicile. De telles initiatives doivent bénéficier de ressources appropriées si elles sont destinées à offrir aux patients des alternatives sûres et durables. D'autres formes de soutien, notamment une assistance sociale et des interventions psychosociales efficaces, peuvent aider à réduire les besoins en placement.

76. Une très petite minorité de personnes atteintes de troubles mentaux commet des infractions pénales graves. Pour la protection de la société, des établissements doivent être disponibles pour répondre aux besoins liés à la santé de ces personnes tout en offrant un niveau de sécurité approprié afin de protéger la société. Néanmoins, le principe de restriction minimale défini à l'article 8 s'applique également à ce groupe de personnes atteintes de troubles mentaux. C'est pourquoi un éventail d'établissements offrant un niveau de sécurité faible, moyen, et élevé est indispensable pour permettre le placement de ces personnes dans des établissements adaptés à leurs besoins de santé et protéger la sécurité d'autrui en fonction des progrès constatés durant le traitement de leur maladie. Dans certains cas, une personne qui n'a pas à faire avec le système de justice pénale peut être considérée, sur la base d'une évaluation, comme présentant un risque significatif de dommages graves pour autrui. En accord avec l'alinéa i. de cet article, des établissements disposant de niveaux de sécurité appropriés pour répondre aux besoins de ce groupe devraient également être disponibles.

77. Les personnes peuvent également développer des troubles mentaux durant un séjour en prison. Bien qu'il soit possible et approprié de traiter certaines personnes en prison, d'autres peuvent nécessiter le transfert dans un établissement de santé pour répondre à leurs besoins en la matière. Des dispositions appropriées sont donc nécessaires pour de tels patients. Le traitement des personnes atteintes de troubles mentaux en établissements pénitentiaires est abordé à l'article 35 de cette Recommandation.

78. Le quatrième alinéa de l'article 10 souligne les soins de santé physique requis par les personnes atteintes de troubles mentaux. Les soins de santé physiques incluent les besoins en matière de soins dentaires. Ces personnes, et notamment celles qui souffrent de graves troubles mentaux, présentent un taux

de morbidité et de mortalité plus élevé que d'ordinaire du fait d'une maladie physique. C'est pourquoi leur santé physique nécessite une attention particulière, y compris le recours à un dépistage approprié. Une personne soumise à un placement, volontairement ou non, devrait toujours se voir proposer un examen physique approprié.

79. Cette Recommandation traite uniquement du traitement pour un trouble mental. Toutefois, la loi nationale devrait prévoir un mécanisme approprié pour autoriser le traitement pour un trouble physique n'ayant aucun lien avec le trouble mental, si la personne n'a pas la capacité de consentir. L'article 6 de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine traite de telles situations.

Article 11 – Normes professionnelles

80. L'article 4 de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine impose que toute intervention dans le domaine de la santé soit effectuée dans le respect des normes et obligations professionnelles, ainsi que des règles de conduite applicables en l'espèce. Ce principe est applicable aux interventions sur les personnes atteintes de troubles mentaux. Les professionnels devraient éviter les situations dans lesquelles leur rôle et leurs obligations à l'égard d'une personne atteinte d'un trouble mental sont incompatibles. Par exemple, le fait qu'un membre de l'équipe médicale responsable du traitement de la personne concernée agisse également comme la personne de confiance de ce patient, poserait problème.

81. L'article 11 de cette Recommandation insiste sur la nécessité pour les professionnels des services de santé mentale d'avoir les qualifications et la formation requises à l'exercice de leur fonction. Il est recommandable pour les professionnels des services de santé d'être inscrits auprès d'un organisme professionnel susceptible d'attester de leurs qualifications. La référence à la « formation » concerne à la fois la formation préparatoire à la qualification professionnelle et celle suivie après l'obtention de cette qualification. La nécessité pour les professionnels de bénéficier de formations et d'autres possibilités de rester à la pointe des développements de la pratique professionnelle (appelées parfois développement professionnel continu) devrait être reconnue afin de préserver leurs niveaux professionnels. Comme cela est souligné dans le Préambule, les professionnels devraient examiner régulièrement leur pratique. Un tel examen peut comprendre à la fois une actualisation régulière des connaissances, tenant compte des développements au niveau international et, l'examen et l'audit des pratiques cliniques des professionnels afin d'assurer des soins de haute qualité.

82. Cette formation professionnelle devrait également tenir compte des développements internationaux, notamment ceux qui peuvent permettre des interventions moins restrictives et des changements profonds d'attitude envers certaines formes d'interventions. L'usage des lits-cages (un lit surmonté d'une cage composée de barreaux métalliques ou de barreaux métalliques et d'un grillage, destiné à confiner la personne dans les limites du lit) en est un exemple. Des inquiétudes ont été exprimées à l'égard des incidences sur les droits de l'homme de l'usage de ces lits. Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) a demandé leur suppression après en avoir relevé la présence lors de certaines de ses visites. Dans de nombreux pays, de tels lits ne sont jamais utilisés, et ceci depuis de nombreuses années. Dans d'autres pays où ces lits ont été utilisés, leur usage a fortement diminué, leur justification étant de plus en plus contestée et des méthodes alternatives permettant un résultat similaire mais de façon moins restrictive ont été introduites.

83. Un développement professionnel continu est également important afin de s'assurer que les professionnels aient connaissance des derniers développements, par exemple, des nouveaux types de traitement impliquant une moindre intrusion qui s'avèrent dans la pratique autant, si ce n'est plus, efficaces que ceux habituellement employés. Toutefois, l'impact potentiel d'un nouveau traitement sur la qualité de vie du patient (par exemple, en raison des effets secondaires des médicaments) nécessite également d'être considéré avant de déterminer si un tel traitement est approprié à une situation particulière. Les professionnels devraient également être conscients des dimensions pharmaco-économiques du traitement.

84. Le CPT a également mis en lumière le risque d'isolement que court le personnel des établissements psychiatriques et estime hautement souhaitable d'offrir à ce personnel des possibilités de détachement et de formation en dehors de leur propre établissement.

85. La qualification initiale, tout comme la formation continue, devrait aborder les implications éthiques du rôle du personnel et les dilemmes éthiques pouvant apparaître dans le domaine des soins de santé mentale. L'Association mondiale de psychiatrie a élaboré la *Déclaration de Madrid sur les normes éthiques dans la pratique psychiatrique* (1996; amendée en 2002). Cette Déclaration inclut en particulier une section consacrée au non-respect des limites de la relation et de la confiance entre le psychiatre et le patient. A l'instar du Préambule de cette Recommandation, elle souligne la responsabilité des professionnels de la santé dans la prévention de toute exploitation du patient, en particulier en liaison avec toute forme de comportement sexuel. Une relation thérapeutique positive entre le personnel et les personnes dont il a la charge est particulièrement importante dans les soins de santé mentale. Le personnel doit donc être sensibilisé aux implications de son attitude et de la façon d'approcher ces personnes sur le développement de la relation thérapeutique. La protection de la dignité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales des personnes atteintes de troubles mentaux est une obligation professionnelle fondamentale. Le paragraphe 2 souligne la nécessité d'insister sur cette obligation dans le cadre de la formation. Toutefois, le personnel devrait être sensibilisé à la nécessité de respecter cette obligation dès leur prise de fonction.

86. Le second paragraphe souligne l'importance de la formation en ce qui concerne la protection de la dignité et des droits de l'homme, qui est importante pour tous les membres du personnel qui ont des contacts avec des personnes atteintes de troubles mentaux. Il met également l'accent sur l'importance de la formation concernant les situations violentes ou potentiellement violentes ; le personnel devrait bénéficier d'une telle formation si elle est appropriée pour leur travail. Le principe fondamental dicte au personnel de tenter d'éviter les situations dégénérant en violence, par la compréhension des facteurs ayant mené à cette escalade (permettant ainsi au personnel de minimiser ces facteurs autant que faire se peut) et par l'emploi de techniques (par exemple la désescalade verbale) susceptibles de réduire le risque de violence et en particulier la nécessité de recourir à la contention ou à l'isolement. Le recours à la contention et à l'isolement est couvert par l'article 27 de cette Recommandation.

87. Une mise en œuvre inappropriée des méthodes de contention peut être dangereuse à la fois pour le patient et pour les professionnels de la santé concernés. L'ensemble du personnel susceptible de recourir à ces méthodes devrait être formé au préalable à leur mise en œuvre correcte. Cette formation devrait aborder également les avantages et les risques des différentes méthodes de contention et d'isolement, ainsi que les circonstances limitées dans lesquelles ces méthodes peuvent être justifiées.

88. Le second paragraphe n'a pas pour but d'énumérer de façon exhaustive les exigences de la formation du personnel travaillant dans les services de santé mentale. Au cours de l'élaboration de la présente Recommandation, il a été noté qu'une attention insuffisante était souvent portée à certains domaines importants de la formation, par exemple les aspects psychosociaux du traitement et de la réadaptation ainsi que la communication d'informations et le conseil aux membres de la famille qui prennent soin d'une personne atteinte de trouble mental.

Article 12 – Principes généraux des traitements pour trouble mental

89. Cet article définit les principes généraux de traitement applicables à tous les patients atteints de troubles mentaux. Le terme « traitement » qui est défini à l'article 2, a une portée très large. L'article 19 stipule les principes additionnels applicables si un traitement involontaire est proposé. L'article 28 définit également les conditions complémentaires pour l'emploi de certains types particuliers de traitement. L'article 28.2, concernant les traitements de troubles mentaux destinés à avoir un effet irréversible, exige que le consentement soit donné par la personne elle-même. On ne peut avoir recours à de tels traitements avec l'autorisation d'un représentant. L'article 34 couvre les traitements qui peuvent être imposés par les tribunaux dans le cadre du système de justice pénale.

90. Le premier paragraphe souligne l'importance d'un plan de traitement personnalisé approprié. Lorsqu'une personne est atteinte d'un trouble mental léger traité par un médecin de soins primaires, ce plan peut être simplifié et élaboré par le médecin en concertation avec le patient. Dans une situation d'urgence, le plan initial peut être adapté pour répondre à cette situation, l'élaboration du plan pouvant ensuite continuer.

91. Lorsqu'une personne est placée dans un établissement pour le traitement de son trouble mental, le plan de traitement sera plus complexe. Le plan de traitement peut également prendre en considération le comportement découlant du trouble mental du patient. L'article 19.2 énonce des conditions complémentaires aux plans traitements involontaires. Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) a souligné, dans le contexte du placement involontaire, les éléments jugés indispensables à un plan de traitement. Ces éléments s'appliquent également aux placements volontaires ; un plan de traitement devrait donc inclure un vaste éventail d'activités thérapeutiques et de réadaptation, y compris, le cas échéant :

- la pharmacothérapie ;
- l'ergothérapie ;
- les thérapies de groupe ;
- les psychothérapies individuelles ;
- les activités de réadaptation pertinentes pour la vie quotidienne, par exemple concernant l'hygiène personnelle, les courses, la cuisine et l'utilisation des services publics ;
- l'art et le théâtre ;
- la musique et les sports.

92. En outre, le CPT a souligné l'importance des activités récréatives pour les patients, d'où l'intérêt pour eux d'avoir accès à des salles de loisir équipées de façon appropriée et la possibilité de faire de l'exercice en plein air.

93. Lorsque cela est possible, le plan de traitement devrait être élaboré après consultation de la personne concernée. Le but est de permettre à la personne de prendre des décisions éclairées sur son plan de traitement en partenariat avec l'équipe médicale. Il peut également être utile d'impliquer les proches du patient dans la préparation du plan. Si une personne a la capacité de consentir et refuse de donner son consentement pour que des membres de l'équipe médicale contactent ses proches, ce refus devrait être respecté. Toutefois, si les proches de la personne contactent l'équipe médicale et apportent des informations pertinentes concernant l'état de la personne, cette information peut être acceptée. Même si la personne est trop malade pour être pleinement impliquée dans l'élaboration du plan, le paragraphe 1 indique clairement que l'on doit essayer de recueillir son avis et en tenir compte.

94. Les articles 5 et 6 de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine définissent les principes généraux du consentement à une intervention, lorsque le patient a la capacité de consentir, et de l'autorisation d'intervention lorsqu'une personne, selon la loi, n'a pas la capacité d'y consentir de son propre chef. Ces principes sont reflétés dans le paragraphe 2 de l'article 12 de cette Recommandation. Avant la demande de consentement ou d'autorisation, des informations appropriées sur le but et la nature de l'intervention, ainsi que ses conséquences et risques (y compris, le cas échéant, pour un fœtus ou pour une grossesse éventuelle) devraient être communiquées. Il est important que les explications soient communiquées de façon claire, avec sensibilité, et de manière compréhensible pour la personne à laquelle elles sont destinées. S'il est envisagé d'avoir recours, par exemple, à un médicament ou une méthode de traitement développé récemment, il peut être utile de solliciter de la part d'un autre médecin un second avis indépendant sur le caractère approprié de l'intervention proposée, et de permettre à la personne dont le consentement ou l'autorisation est demandé d'en discuter avec lui. Le consentement aussi devrait être donné librement, point particulièrement important en cas de vulnérabilité de la personne pour une des raisons évoquées au paragraphe 55, ci-dessus. Le cas échéant, les patients devraient être sensibilisés à l'importance du signalement des effets secondaires des médicaments, et des méthodes permettant de réduire au minimum ces effets (par exemple en prenant un médicament à un moment précis de la journée).

95. Si la personne (qu'il s'agisse d'un adulte ou d'un enfant) n'a pas la capacité de consentir, l'autorisation devrait, dans des circonstances normales, être donnée par un représentant ; cependant, la possibilité de conflit d'intérêt devrait être envisagée si le représentant a un lien étroit avec la personne concernée. Par exemple, lorsque des personnes vivent dans la même maison, des situations difficiles peuvent apparaître si le représentant considère inacceptable le comportement de la personne concernée. La Recommandation R (99)⁴ *sur les principes concernant la protection juridique des majeurs incapables* souligne que l'intérêt et le bien-être de la personne concernée devraient être la préoccupation majeure dans la mise en œuvre de toute mesure de protection. Ainsi, s'il y a des raisons de penser que le représentant ne fonde pas ses décisions sur de tels principes, il devrait être envisagé de demander l'autorisation à une source indépendante, telle qu'un tribunal.

96. Dans certaines circonstances, il peut ne pas être possible de s'accorder sur un traitement pour la personne concernée avec son représentant. Si le médecin responsable des soins à la personne continue de penser que le traitement proposé est nécessaire, la Cour européenne des Droits de l'Homme en 2004 a déclaré dans une décision qu'un tribunal devait être saisi pour statuer sur cette question⁴.

97. Un trouble mental peut affecter la capacité d'une personne à consentir. Une personne gravement malade et, selon la loi, n'ayant pas la capacité de consentir au début du traitement, peut devenir juridiquement capable de consentir au cours de ce traitement. Une action appropriée devrait être entreprise, si la situation juridique du patient est ainsi modifiée. Par exemple, si le traitement a été donné avec l'autorisation d'un représentant, le consentement de la personne elle-même sera requis lorsqu'elle aura juridiquement la capacité de le donner.

98. Le paragraphe 3 de cet article reflète le principe général des situations d'urgence énoncé à l'origine dans la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine. A l'instar de la Convention, ce principe concerne uniquement les traitements médicalement indispensables et qui ne souffrent aucun délai. Néanmoins, cette possibilité n'est pas limitée aux seules situations où la vie du patient est en danger.

Article 13 – Confidentialité et archivage

99. L'article 10 de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine stipule que « Toute personne a droit au respect de sa vie privée s'agissant des informations relatives à sa santé » et ce principe est également applicable aux personnes atteintes de troubles mentaux. Le premier paragraphe de cet article signifie que les principes des instruments existants de protection des données du Conseil de l'Europe, notamment la Convention pour la protection des personnes à l'égard du traitement automatisé des données à caractère personnel (1981, STE 108) et la Recommandation R (97)⁵ du Comité des Ministres aux Etats membres *sur la protection des données médicales* seront applicables aux personnes atteintes de troubles mentaux. Les données concernant le trouble mental d'une personne ou le traitement de la personne pour ce trouble sont des données sensibles et doivent bénéficier d'un haut niveau de protection. Les données doivent bénéficier du même niveau de protection quel que soit l'endroit où elles sont consignées. Les articles 27 et 28 précisent que certaines informations devraient être consignées dans un registre. Cela signifie donc que de tels registres contiendront des données à caractère personnel sensibles qui nécessitent le même niveau de protection que les dossiers médicaux individuels.

100. Les situations dans lesquelles les professionnels de la santé mentale sont conscients qu'une personne atteinte de troubles mentaux fait courir un risque à d'autres personnes identifiables soulèvent un dilemme éthique entre l'obligation de confidentialité et la prévention du risque à l'égard d'autrui, si la divulgation d'informations est susceptible d'écarter le risque. Il peut être noté que le Principe 7 de la Recommandation R (97)⁵ autorise la communication de données médicales si (entre autres conditions) elles sont pertinentes et :

- si la personne concernée ou son représentant légal, ou une autorité, ou toute personne ou instance désignée par la loi y a consenti ; ou

⁴ *Glass c. Royaume Uni, arrêt du 9 mars 2004, numéro de requête 0061827/00*

- si la communication est prévue par la loi et constitue une mesure nécessaire dans une société démocratique aux fins de prévention d'un danger concret ou pour la répression d'une infraction pénale déterminée ou la protection des droits et libertés d'autrui.

101. La Recommandation R (97)5 permet également que des données médicales soient communiquées, lorsque cela est prévu par la loi, pour protéger les intérêts vitaux de la personne concernée ou d'autrui. La communication des données médicales ne peut intervenir que si le destinataire est soumis aux règles de confidentialité propres « aux professionnels des soins de santé ou à des règles de confidentialité comparables ». Dans le contexte des services de santé mentale, la communication de telles données peut être nécessaire, même si la personne concernée ne donne pas son consentement, dans les cas où elle représenterait, en l'absence de communication, un risque grave pour elle-même ou constituerait une menace pour la sûreté publique. La Recommandation définit également d'autres motifs justifiant la communication de données médicales et devrait être consultée pour de plus amples informations.

102. Il est toujours important de disposer de dossiers médicaux clairs et complets, mais les dossiers administratifs peuvent n'être appropriés que dans certaines circonstances, par exemple lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure involontaire. Lorsque les patients font l'objet de mesures involontaires, les dossiers demandés au second paragraphe peuvent former la base de l'examen de la légalité de chaque mesure et de la justification de sa poursuite. Ces dossiers devraient être élaborés avec soin conformément aux réglementations de chaque Etat membre et aux normes et obligations professionnelles. Ils devraient contenir les informations pertinentes de diagnostic et consigner en continu l'état de santé physique et mentale du patient, y compris un compte rendu de toutes les décisions prises, qu'elles soient thérapeutiques ou liées au placement, ainsi que leurs motifs fondés sur des faits objectifs observés ou rapportés.

103. Les conditions d'accès à ces informations par les patients, leurs représentants et, lorsque la situation s'y prête, leur famille devraient être définies avec clarté par la loi, en conformité avec les principes pertinents d'accès aux données médicales des instruments évoqués au paragraphe 99 ci-dessus.

Article 14 – Recherche biomédicale

104. La recherche biomédicale est une source importante d'amélioration de la compréhension et du traitement des troubles mentaux. Les dispositions pertinentes de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine auxquelles il est fait référence dans cet article sont celles des articles 15, 16 et 17. L'article 15 de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine établit le principe de la liberté de la recherche scientifique. Toutefois, celui-ci ne revêt pas un caractère absolu, mais s'exerce sous réserve des droits fondamentaux des personnes susceptibles de participer à la recherche.

105. L'expression « recherche biomédicale » utilisée dans cet article a la même signification que dans le Protocole additionnel à la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine, relatif à la recherche biomédicale ; elle couvre la recherche concernant les mécanismes moléculaires, cellulaires et autres à l'œuvre dans les domaines de la santé, des troubles et de la maladie, ainsi que les études diagnostiques, thérapeutiques, préventives et épidémiologiques impliquant des interventions. Cette liste n'est pas exhaustive.

106. Le terme « intervention » couvre les interventions physiques et les autres interventions dès lors qu'elles présentent un risque pour la santé psychique de la personne concernée. Le terme « intervention » devrait être compris ici au sens large, comme couvrant tout acte médical et toute interaction en rapport avec la santé ou le bien-être des personnes dans le cadre des systèmes de soins de santé ou tout autre cadre utilisé à des fins de recherche scientifique. Le Protocole additionnel couvre toutes les interventions réalisées à des fins de recherche dans le domaine de la prévention, du diagnostic, du traitement ou de la réadaptation. Le Protocole additionnel se conforme à la définition du terme « intervention » utilisée par la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine et l'adapte au domaine spécifique de la recherche biomédicale. Les questionnaires, les entretiens et les recherches d'observations effectués dans le cadre d'un projet de recherche biomédicale constituent des interventions, lorsqu'ils impliquent un risque pour la santé psychique du participant à la recherche. Les questionnaires ou les entretiens peuvent entraîner un risque pour la santé psychique de ce dernier s'ils comprennent des questions touchant à l'intimité susceptibles de produire un

dommage psychologique. Dans ce contexte, un trouble émotionnel temporaire et léger ne serait pas considéré comme un dommage psychologique.

107. D'autres types de recherche, qui peuvent ne pas impliquer directement des personnes, comme certains projets de recherches épidémiologiques ou sociologiques, peuvent soulever des questions éthiques (par exemple, concernant la discrimination) et, même si de tels projets n'entrent pas dans le champ d'application du présent article ou celui du Protocole additionnel relatif à la recherche biomédicale, la nécessité d'une évaluation sur le plan éthique de tels projets devrait être envisagée.

108. La possibilité de discrimination à l'encontre des personnes atteintes de troubles mentaux dans le cadre de la recherche biomédicale devrait être gardée à l'esprit. Un exemple d'une telle discrimination serait d'exclure, sans justification clinique ou scientifique, d'un projet de recherche susceptible de présenter un bénéfice pour leur santé (par exemple, si la personne a un cancer et que le projet de recherche concerne un nouveau traitement contre le cancer), des personnes qui sont atteintes de troubles mentaux ou qui l'ont été.

109. Les articles 16 et 17 de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine définissent les principes à respecter concernant respectivement les personnes ayant ou n'ayant pas la capacité de consentir. Ces principes sont applicables aux personnes atteintes de troubles mentaux.

110. Par ailleurs, le Protocole additionnel relatif à la recherche biomédicale inclut une mesure de protection détaillée pour les personnes privées de liberté, qui s'applique également à celles qui font l'objet d'un placement involontaire ou se trouvent dans un établissement pénitentiaire. Les garanties générales du Protocole, par exemple l'examen indépendant de l'acceptabilité sur le plan éthique du projet de recherche et le fait de s'assurer qu'aucune pression n'est exercée sur les participants potentiels à la recherche, sont particulièrement importantes au regard de la vulnérabilité des personnes atteintes de troubles mentaux qui sont privées de leur liberté pour quelle que raison que ce soit.

111. L'objectif de cet article est d'attirer l'attention sur la nécessité, pour toute recherche biomédicale sur des personnes atteintes de troubles mentaux, de respecter les conditions éthiques et juridiques appropriées à la conduite de ces recherches, telles qu'elles sont spécifiées dans les instruments évoqués aux paragraphes précédents. Les Etats membres sont autorisés, s'ils en décident ainsi, à mettre en place une protection de plus haut niveau en matière de recherche faisant intervenir des personnes atteintes de troubles mentaux (ou des groupes de patients, tels que ceux faisant l'objet de mesures involontaires) conformément à l'article 1 paragraphe 2 de la présente Recommandation.

Article 15 – Personnes dépendantes d'une personne atteinte d'un trouble mental

112. La plupart des personnes atteintes de troubles mentaux ne sont pas isolées, mais ont toutes un réseau de relations sociales et familiales. Un partenaire, des parents qui sont âgés et en mauvaise santé, et en particulier des jeunes enfants, peuvent être dépendants d'une personne atteinte d'un trouble mental. De telles personnes dépendantes peuvent avoir des besoins émotionnels, éducatifs, sociaux, et de soins. Des inquiétudes quant à l'incapacité de répondre à ces besoins peuvent affecter le rétablissement d'une personne atteinte d'un trouble mental. L'article souligne la nécessité d'examiner la situation des personnes dépendantes. Toutefois, l'intention dans cet article n'est pas de couvrir les besoins financiers des personnes dépendantes, qui devraient être traités dans la loi nationale.

113. Dans certains cas, il peut être approprié de prévoir une aide aux personnes atteintes de troubles mentaux, afin qu'elles puissent assurer leurs responsabilités à l'égard des personnes qui dépendent d'elles. L'article ne précise pas que telle personne ou instance devrait avoir la responsabilité d'examiner les besoins des personnes dépendantes, car ces besoins peuvent varier de manière considérable. Par exemple, il peut être nécessaire que des personnes ou instances différentes soient impliquées selon que la personne dépendante est un parent âgé ou un jeune enfant. Dans certains cas, les besoins et les intérêts de la personne atteinte de trouble mental peuvent être contraires à ceux des personnes qui dépendent d'elle (par exemple, si les contacts avec un parent atteint de trouble mental chronique grave semblent avoir un effet négatif important sur un enfant) et la meilleure approche à adopter nécessite d'être envisagée avec soin en tenant compte de toutes les circonstances.

114. Cette disposition ne vise pas à remettre en question les capacités des personnes atteintes de troubles mentaux de s'occuper de leurs enfants ou d'autres personnes. Néanmoins, les formes sévères de trouble mental peuvent réduire la capacité d'une personne à répondre aux besoins de ses enfants. Au-delà des aspects physiques et sanitaires, ces besoins concernent également le développement émotionnel, social et éducatif des enfants. Pour les personnes ayant des enfants mineurs et atteintes de graves troubles mentaux, notamment des troubles de longue durée ou récurrents, cet article souligne la nécessité d'examiner l'incidence du trouble de la personne sur les enfants. Si nécessaire, une action pourrait être entreprise par les professionnels, les agences ou les instances concernées pour garantir que les besoins des enfants sont pris en compte de manière appropriée. De telles actions pourraient inclure un soutien et une assistance apportés aux parents dans l'exercice de leurs responsabilités parentales.

Chapitre III – Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental

115. Le Chapitre concerne les mesures involontaires dans un contexte civil ou administratif. Les mesures involontaires dans un contexte pénal sont traitées à l'article 34. Le Chapitre III ne couvre pas les placements pour des raisons autres qu'un trouble mental, par exemple lorsqu'une personne atteinte de démence est placée dans un établissement de soins afin que ses besoins de prise en charge personnelle (tels qu'un besoin d'aide pour s'habiller, se laver et se baigner) puissent être satisfaits. L'article 9.2 exige que les établissements conçus pour le placement involontaire soient enregistrés auprès d'une autorité appropriée ; il revient donc aux Etats membres de déterminer quels établissements sont appropriés pour la détention involontaire de personnes atteintes de troubles mentaux.

116. La loi peut prévoir que des mesures, telles que le placement involontaire, puissent être utilisées dans d'autres contextes, par exemple pour prévenir la propagation d'une maladie contagieuse. Si de telles mesures vont au-delà du champ d'application de la présente Recommandation, la vulnérabilité des personnes atteintes de troubles mentaux devrait être gardée à l'esprit, en particulier afin d'assurer qu'elles ne fassent pas l'objet de discrimination dans l'application de telles mesures.

117. L'expression « établissements psychiatriques » devrait être comprise dans un sens large, et comprendre, par exemple, les services psychiatriques dans les hôpitaux non spécialisés, de même que les hôpitaux psychiatriques de tout type et impliquant tous les niveaux de sécurité. Comme l'article 2 le précise, la référence aux établissements comprend les services dans lesquels les personnes peuvent faire l'objet d'un placement.

118. Comme cela est souligné au paragraphe 25 ci-dessus, les personnes atteintes de handicap mental ne devraient jamais faire l'objet de mesures involontaires fondées uniquement sur leur handicap mental.

Article 16 – Champ d'application du chapitre III

119. Cette disposition introduit le Chapitre et spécifie les groupes de personnes pour lesquelles ces dispositions peuvent être pertinentes. Néanmoins, le simple fait qu'une personne entre dans le champ d'application de ce Chapitre ne signifie pas pour autant qu'elle peut être soumise à un placement ou un traitement involontaires. Pour qu'une personne puisse faire l'objet d'une mesure involontaire, les critères pertinents, tels que définis dans les articles 17 et 18 devraient être satisfaits, et les procédures pertinentes des articles 20 ou 21 devraient être suivies, avant la mise en œuvre de la mesure. Comme mentionné aux paragraphes 137 à 139 ci-dessous, les dispositions du présent Chapitre peuvent également être pertinentes lorsqu'un diagnostic provisoire de trouble mental a été fait sur une personne dans les circonstances précisées à l'article 17.2.

120. Les critères devant être satisfaits et les procédures devant être suivies afin que la personne fasse l'objet d'une mesure involontaire sont les mêmes que la personne soit dans la société ou dans un hôpital (étant entrée à l'hôpital volontairement) au moment de la demande de décision.

121. L'article 16 indique clairement que les mesures involontaires sont celles qui vont à l'encontre de la volonté actuelle de la personne concernée. Les mesures involontaires ne devraient pas être automatiquement

assimilées à des mesures forcées. Par exemple, même si une personne atteinte d'un trouble mental manifeste une forte opposition au principe d'une mesure involontaire et voudrait la refuser, une fois que la décision d'appliquer une telle mesure a été prise, la personne peut s'y plier. Ainsi, si des médicaments sont prescrits, la personne prendra les comprimés présentés sans résistance. Toutefois, s'il était demandé à la personne si le traitement est acceptable, la réponse serait non. Seule une faible proportion de patients faisant l'objet d'un traitement involontaire résiste activement au traitement.

122. En outre, tous les efforts devraient être faits pour permettre à une personne d'accepter un placement ou un traitement volontaires, selon le cas, avant de mettre en œuvre des mesures de placement ou de traitement involontaires. Le principe de la restriction minimale implique que le recours à de telles mesures soit limité autant que possible. L'article 10.ii., concernant les alternatives au placement et au traitement involontaires, est tout à fait pertinent dans ce contexte.

123. Les expressions « ont la capacité de consentir » et « n'ont pas la capacité de consentir » dans le présent article ont le même sens que dans la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine. L'article 6 de la Convention stipule clairement qu'il revient à la loi nationale de déterminer si (sous certaines conditions) un adulte ou un mineur n'a pas la capacité de consentir. Dans la Convention, il est considéré que si une personne a la capacité de consentir à une intervention, elle est également capable de la refuser. Toutefois, lorsqu'une personne n'a pas la capacité de consentir, elle n'a pas la capacité de refuser à proprement parler, mais elle peut exprimer une objection. L'article est formulé suivant les mêmes considérations.

124. L'article 12.2 de la présente Recommandation donne un exemple du principe général selon lequel lorsqu'une personne n'a pas la capacité de consentir, l'autorisation d'effectuer la mesure proposée est demandée à un représentant, une autorité, une personne ou instance désignée par la loi. Toutefois si la personne s'oppose à un traitement ou un placement proposé, elle entre dans le champ d'application du Chapitre III indépendamment de l'avis du représentant, de l'autorité, de la personne ou instance et les critères et procédures pertinents devraient être respectés avant la mise en œuvre de la mesure. Dans le cas de jeunes enfants, il est nécessaire d'évaluer leur attitude en fonction de leur âge et de leur degré de maturité.

125. Les termes « refusent » et « opposent » dans cet article soulignent le fait que c'est l'attitude actuelle de la personne par rapport à la mesure qui devrait être évaluée. Le fait qu'une personne ait, quelques temps auparavant, refusé la mesure proposée ne signifie pas qu'il devrait être considéré qu'elle refusera une nouvelle fois cette même mesure. L'attitude actuelle de la personne devrait être déterminée. La référence au « placement ou traitement » établit clairement que le consentement ou le refus de la personne quant au placement ou au traitement sont deux questions distinctes. Une personne peut refuser le placement qui lui est proposé, mais consentir au traitement préconisé, ou inversement. Le fait qu'une personne ait été soumise à un placement involontaire ne devrait pas laisser penser qu'elle n'a pas la capacité de consentir au traitement.

126. Le champ d'application de ce Chapitre n'interdit pas l'emploi de mesures involontaires dans les circonstances où une personne change périodiquement d'avis sur son acceptation ou son refus de la mesure, empêchant ainsi la conduite d'un programme thérapeutique cohérent, à condition que les procédures et les critères pertinents pour la mesure en question soient satisfaits.

127. Même si le titre du Chapitre indique clairement que les références au placement et au traitement dans ce Chapitre se rapportent au traitement et au placement en relation avec un trouble mental, les besoins physiques en matière de soins de santé des personnes faisant l'objet de mesures involontaires ne doivent pas être oubliés. L'article 10.iv. de la présente Recommandation exige que de tels besoins soient évalués et que les personnes concernées aient un accès équitable à des services d'une qualité appropriée pour répondre à de tels besoins.

Article 17 – Critères pour le placement involontaire

128. Le premier alinéa du paragraphe 1 de cet article stipule que la personne concernée doit être atteinte d'un trouble mental. Toutefois, le placement involontaire n'est en général considéré approprié que pour certains types de trouble mental, par exemple pour les personnes atteintes de psychoses ou d'autres troubles

mentaux graves. L'expérience clinique suggère que les personnes abusant de l'alcool ou de drogue n'ont en général pas montré de réponse durable au placement ou au traitement involontaires. Toutefois, dans certaines circonstances où le risque de préjudice à la personne elle-même semble très élevé, le placement involontaire pour réduire ce risque (même si le bénéfice n'est pas à long terme) peut être envisagé. La situation est très différente si la personne développe un trouble mental, tel qu'une psychose, lié à l'utilisation de substances psychoactives. Les mesures involontaires en relation avec la consommation d'alcool ou de substances psychoactives seules ne devraient être utilisées qu'avec énormément de précaution et sur les conseils de médecins spécialisés dans le traitement de personnes abusant de l'alcool ou de substances psychoactives.

129. Le second alinéa du paragraphe 1 signifie qu'une évaluation des risques doit être entreprise. Il peut s'agir de risques physiques ou psychologiques. Il est reconnu que cette évaluation des risques n'est pas une science exacte et qu'un jugement en la matière n'est pas infaillible. Dans certaines circonstances, lorsque le risque potentiel de dommage lié à une action dangereuse (par exemple un incendie volontaire significatif) est grand, le placement involontaire peut s'avérer approprié même si la probabilité de dommage est jugée plus faible que dans des circonstances où les risques seraient plus limités.

130. Les méthodes pouvant donner lieu à des dommages sont très variées. A l'instar des menaces directes à l'encontre d'autrui ou de la personne concernée, d'autres actions peuvent présenter des risques indirects de dommages sérieux pour les personnes. Il s'agit par exemple des incendies de voitures (on ne peut pas exclure l'éventualité qu'un jeune enfant se trouve dans le véhicule), des incendies de forêt (par lesquels des individus peuvent être piégés) ou une personne courant nue dans la rue dont les paroles ou le comportement laissent penser qu'elle est atteinte d'un trouble mental (lorsqu'il existe un risque potentiel pour la santé de la personne concernée). Dans certains Etats, ces exemples entrent dans le champ d'application d'une disposition concernant l'ordre public ou l'environnement. Néanmoins, le principe sous-jacent est celui des risques pour les individus et ceux-ci sont couverts par le deuxième alinéa. Le concept de dommage à autrui peut également, plus rarement, concerner des situations où des atteintes à des biens personnels présentent pour les personnes des risques comparables à des dommages personnels ; par exemple, si un patient atteint de manie tente de dilapider les biens ou l'argent de sa famille. Toutefois, il devrait être précisé que de petits dommages à des biens matériels ne devraient pas être considérés suffisants. De la même façon, si le seul risque est d'ordre financier – par exemple, lorsqu'un joueur pathologique dépense l'argent de sa famille – des mesures involontaires conçues pour traiter un trouble mental ne sont alors pas appropriées pour traiter les risques économiques pour autrui.

131. Le concept de santé devrait être compris dans un sens large. Par exemple, une personne si gravement affectée par son trouble mental qu'elle n'est pas en mesure de s'occuper d'elle-même peut être considérée comme présentant un risque pour sa propre santé. Toutefois, la question de savoir si le degré d'impossibilité de prise en charge personnelle est suffisant pour répondre aux exigences de l'alinéa ii. nécessiterait une évaluation à la lumière de la situation particulière considérée.

132. Le troisième alinéa stipule que le placement doit avoir un but thérapeutique. Il ne doit pas être motivé par des considérations politiques, morales, économiques ou sociales, ni uniquement par des fins de privation de liberté. Si celle-ci est la seule fin du placement, il ne devrait pas avoir lieu dans un établissement psychiatrique. Toutefois, cet alinéa n'exclut pas que le placement concoure en outre à la réalisation d'autres fins, comme la protection d'autrui.

133. Par ailleurs, le « but thérapeutique » ne devrait pas être assimilé à un traitement médical invasif. Dans une situation thérapeutique, la personne peut se voir offrir un éventail de mesures, telles que la thérapie de groupe ou la réadaptation (voir paragraphe 91, ci-dessus), qui peuvent éventuellement améliorer son état. Toutefois, une personne faisant l'objet d'un placement involontaire n'est pas obligée d'accepter ces offres. En revanche, le fait qu'aucun choix thérapeutique ne lui soit présenté est la preuve que le placement n'a pas de but thérapeutique. De façon similaire, l'absence de résultat thérapeutique ne devrait pas être assimilée à une absence de but thérapeutique. Par exemple, si toute une série de traitements ont été tentés sans succès, un objectif thérapeutique existe toujours si des possibilités thérapeutiques sont proposées à la personne, même si les traitements disponibles peuvent ne pas être en mesure de la soigner complètement.

134. Il est donc de bonne pratique, lorsqu'une personne fait l'objet d'un placement involontaire, qu'un plan de traitement soit élaboré dès que possible avec la personne concernée et sa personne de confiance ou, le cas échéant, le représentant de la personne concernée. L'article 12 de la présente Recommandation et les paragraphes 90 à 98 de cet Exposé apportent des informations complémentaires pertinentes.

135. Le quatrième alinéa couvre à la fois la situation dans laquelle il n'est en aucune façon possible de fournir des soins à une personne, en tenant compte du risque pour elle-même ou pour autrui, autrement qu'en ayant recours au placement involontaire, et la situation dans laquelle il peut théoriquement être possible de fournir des soins à une personne d'une manière moins restrictive, mais les moyens de le faire ne sont pas disponibles. La notion de soins, dans cet alinéa, est large comprenant à la fois la délivrance de soins pour le trouble mental dont la personne est atteinte et la sécurité de la personne, ou, le cas échéant, d'autrui, pendant que les soins sont assurés. Tout en reconnaissant les limites des ressources disponibles, l'obligation énoncée à l'article 10.ii. de mettre à disposition aussi largement que possible des alternatives au placement involontaire prend toute son importance dans ce contexte.

136. Le dernier alinéa du premier paragraphe convient que, particulièrement dans les cas où il existe un risque pour le patient lui-même, certains patients peuvent avoir conscience du risque et, malgré tout, préférer le prendre plutôt que de faire l'objet d'un placement involontaire. Il peut être difficile de concilier le respect de l'autodétermination et la nécessité de protéger une personne atteinte d'un trouble mental, et il est souligné qu'il faut tenir expressément compte de l'avis de la personne concernée sur les questions relatives au placement éventuel. Par exemple, en particulier lorsque l'on craint un risque pour la personne, elle peut elle-même avoir un avis à la fois sur le niveau de ce risque et la meilleure manière de le traiter.

137. Au premier contact avec une personne qui n'est pas connu d'un service de santé mental et dont le comportement suggère fortement un trouble mental, il n'est pas toujours possible de déterminer immédiatement si le comportement est effectivement lié à un trouble mental ou à une autre cause. Dans de tels cas, un diagnostic provisoire du trouble mental peut être formulé. Si les conditions du paragraphe 2 sont satisfaites, la personne peut faire l'objet d'un placement involontaire dans un but d'évaluation en accord avec les procédures prévues dans les articles 20 ou 21.

138. L'article 17 souligne que le placement devrait être effectué pour la période minimum nécessaire pour l'évaluation. Si l'évaluation aboutit à la conclusion que la personne est atteinte d'un trouble mental qui représente un risque significatif de dommage grave pour sa santé ou pour autrui, il peut être envisagé de prolonger le placement involontaire si les critères énoncés au paragraphe 1 de l'article 17 sont satisfaits.

139. Comme précisé aux paragraphes 19 et 119 ci-dessus, les dispositions pertinentes de la Recommandation, en particulier celles du Chapitre III, seront applicables à la personne pendant cette période (par exemple, celles concernant le droit de réexamen et de recours et le droit à l'information).

Article 18 – Critères pour le traitement involontaire

140. Les deux premiers alinéas de cet article correspondent à ceux de l'article 17, et les paragraphes 128 à 131 ci-dessus ont également trait par conséquent à cet article.

141. Le troisième alinéa insiste sur la nécessité d'étudier si aucun autre moyen de fournir des soins au patient impliquant une intrusion moindre - par exemple l'emploi d'une psychothérapie ou de traitements psychosociaux - ne suffirait pas à répondre aux risques identifiés, en tenant compte des risques pour la personne ou pour autrui. Conformément au principe de restriction minimale, ces mesures alternatives devraient être examinées avant de recourir à un traitement involontaire, celui-ci devant rester exceptionnel.

142. Concernant le quatrième alinéa, il devrait être noté que le droit à l'autodétermination est particulièrement important dans le contexte d'une longue consommation de médicaments. Certains patients peuvent préférer ne pas prendre du tout de médicament et vivre avec certains symptômes de leur maladie. D'autres peuvent être disposés à consommer une certaine quantité de médicaments et à vivre avec certains symptômes (comme entendre des voix) si la maîtrise totale de ces symptômes implique la consommation d'une quantité supérieure de médicaments associée à un niveau de sédation qu'ils jugent inacceptable. Le

juste équilibre est difficile à trouver et l'avis de la personne concernant les différentes alternatives thérapeutiques doivent être dûment prises en considération dans la recherche de cet équilibre. Cela ne sous-entend pas toutefois que l'avis du patient doit systématiquement être suivi.

143. Il devrait être noté que cet article ne prévoit pas de traitement involontaire lorsqu'une personne n'a fait l'objet que d'un diagnostic provisoire de trouble mental. Dans de tels cas, dans des situations d'urgence, l'article 12.3 peut s'appliquer. Il devrait être précisé qu'en accord avec les normes professionnelles, le traitement dans une situation d'urgence n'est pas limité à une seule intervention (telle qu'une dose de médicament), mais également, le cas échéant, à des interventions ultérieures afin de prévenir le retour à une situation d'urgence alors que le consentement ou autorisation approprié est recherché en accord avec l'article 12.2.

Article 19 – Principes relatifs au traitement involontaire

144. Le premier alinéa du paragraphe 1 souligne que le traitement involontaire devrait répondre à des signes et symptômes cliniques susceptibles d'inclure un comportement induit par un trouble mental. La référence faite au « but thérapeutique » devrait être lue conformément aux paragraphes 132 et 133 ci-dessus. A titre d'exemple, il ne peut s'agir uniquement d'une réponse à un besoin social ou familial. Dans certains cas, le traitement ne sera pas en mesure de totalement soulager un état, mais la prévention d'une détérioration ultérieure devrait également être prise au sens de but thérapeutique.

145. Il est recommandé que seuls des produits pharmaceutiques officiellement reconnus devraient être utilisés pour le traitement involontaire et qu'en égard au large, et fréquemment excessif, recours à la médication, des effets secondaires et la posologie devraient faire l'objet d'un suivi attentif. Les posologies devraient être réduites dès que cela est approprié sur le plan thérapeutique. Dans le contexte de mesures involontaires, des inquiétudes ont parfois été exprimées concernant ce qui est parfois désigné sous le nom de « contention chimique ». Des médicaments sont utilisés comme moyen de contention lorsqu'ils ont pour but de contrôler le comportement de la personne, que ces médicaments ne sont pas nécessaires sur le plan médical, et ne constituent pas un traitement cliniquement approprié pour l'état de la personne. Des médicaments ne devraient jamais être utilisés à la convenance du personnel ou comme moyen coercitif, disciplinaire ou de sanction.

146. Le plan de traitement auquel il est fait référence au paragraphe 1.iii. devrait également inclure d'autres mesures potentiellement thérapeutiques (voir paragraphe 91 ci-dessus). Lorsqu'une personne est soumise à un traitement involontaire, il est de bonne pratique de soumettre le plan de traitement à un examen indépendant, par exemple par un médecin indépendant. Dans certains pays, les traitements involontaires sont consignés dans des registres séparés en plus des données médicales et administratives auxquelles il est fait référence à l'article 13.2. Une telle approche facilite le contrôle indépendant des recours au traitement involontaire et peut être considéré comme une bonne pratique.

147. Au second paragraphe, la référence à la participation d'une personne de confiance ou un représentant répond au sentiment de vulnérabilité que peuvent éprouver des personnes faisant l'objet d'un traitement involontaire lors des discussions relatives à leur traitement, notamment avec le médecin responsable de leurs soins. La présence d'une personne de confiance ou d'un représentant peut apporter un appui moral et aider la personne à exprimer réellement son avis.

148. Tout traitement devrait être délivré selon les obligations et les normes professionnelles en vigueur. C'est particulièrement vrai lorsqu'un traitement involontaire est prodigué en dehors d'un établissement médical. Le paragraphe 3 souligne le fait qu'un traitement involontaire devrait toujours être effectué dans un environnement approprié. Tout contrôle médical requis ou autre soutien nécessaire à l'administration du traitement doivent être accessibles.

149. Il est déconseillé d'administrer, en dehors d'un établissement médical, un traitement involontaire à une personne qui oppose une vive résistance.

Article 20 – Procédures pour la prise de décision sur le placement et/ou le traitement involontaires

150. Bien que le placement et le traitement involontaires soient couverts par cet article en raison de la similarité des procédures pertinentes, l'idée est que ces mesures devraient être examinées séparément. Néanmoins, il n'est pas exclu que les deux types de mesures puissent être étudiés simultanément. Ainsi, sur le plan administratif, une décision de placement involontaire et une décision de traitement involontaire peuvent être combinées dans une seule décision administrative ou judiciaire et faire l'objet d'une seule procédure d'appel.

151. Le paragraphe 1 requiert que la décision de placement soit prise par un tribunal ou une autre instance compétente. Le principe sous-jacent veut qu'une décision indépendante soit prise par une partie indépendante de la personne ou de l'instance proposant la mesure. L'instance qui prend la décision doit avoir pu s'assurer que les critères de l'article 17 sont bien remplis.

152. Les paragraphes 1 et 2 insistent sur le fait que le tribunal ou l'instance compétente devrait prendre sa décision en accord avec les procédures prévues par la loi. Celles-ci devraient être en accord avec les garanties prévues dans la Convention européenne des Droits de l'Homme et devraient être conformes au principe suivant lequel la personne concernée devrait être vue et consultée. Une telle consultation permet au tribunal ou à l'autre instance compétente d'acquiescer à une vision indépendante de la situation. Ce contact peut être assuré par un représentant officiel du tribunal ou de l'autre instance compétente ; il ne doit pas nécessairement avoir lieu dans l'enceinte du tribunal ou de l'instance compétente, mais peut être une visite à la personne ou une rencontre dans un autre endroit sûr.

153. Le paragraphe 2 définit le cadre dans lequel est prise la décision de principe de soumettre ou non une personne à un traitement involontaire. Afin d'apporter des garanties contre d'éventuelles utilisations abusives de traitements involontaires par des médecins, la disposition prévoit qu'un tribunal ou une instance compétente soit toujours impliqué à un certain moment, soit en prenant la décision du traitement involontaire lui-même ou, selon le système juridique concerné, en prenant une décision de placement involontaire et en permettant ensuite qu'un médecin décide d'un traitement involontaire. La personne ou l'instance qui prend cette décision doit avoir pu s'assurer que les critères énoncés à l'article 18 sont bien remplis. Si un système juridique national impose que la décision soit prise par un tribunal ou une autre instance compétente, la disposition n'exige pas que le tribunal ou l'instance compétente approuve par exemple chaque dose individuelle de médication à administrer.

154. Concernant la seconde partie du paragraphe 2, si le médecin responsable des soins à une personne faisant l'objet d'un placement involontaire est autorisé par la loi à prendre des décisions relatives au traitement involontaire, ce médecin aura auparavant vu et consulté la personne. Toutefois, la loi peut prévoir que seuls certains médecins, par exemple le médecin chef de l'hôpital, peuvent prendre de telles décisions. Un tel médecin peut ne pas avoir eu de contact préalable avec la personne concernée, c'est pourquoi la seconde partie du paragraphe 2 fait référence au fait de voir et de consulter cette personne.

155. Le paragraphe 3, qui prévoit qu'une période pour le réexamen devrait être précisée, implique que la validité de toute décision soit limitée dans le temps et que cette durée soit fixée par la loi nationale. Toutefois, ceci s'entend sans préjudice des droits de la personne au réexamen et au recours en accord avec les dispositions de l'article 25.

156. Le paragraphe 4 stipule l'examen de la personne concernée par un médecin possédant les compétences et l'expérience requises. Dans les situations qui n'ont pas caractère d'urgence, ce médecin sera en principe un psychiatre. L'une des compétences majeures demandée à ce médecin est la capacité à évaluer le risque, pour la personne concernée ou autrui, engendré par la non-application de la mesure involontaire. La disposition n'exclut pas que ce médecin puisse bénéficier d'informations de la part d'autres professionnels de la santé qui ont examiné en personne le patient. Cette disposition reflète la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme, qui exige que toute décision de détention involontaire soit fondée sur une expertise médicale objective.

157. L'objectif de la règle générale du paragraphe 5, en l'occurrence la consultation par le médecin des proches de la personne concernée, va dans le sens d'une bonne pratique professionnelle. Les proches de la personne peuvent détenir d'autres informations, notamment sur ses antécédents et sa culture, susceptibles de modifier les avis émis sur l'état mental du patient. Cette condition peut concourir à lui éviter l'application d'une mesure inappropriée. A l'inverse, dans certaines circonstances, les intérêts des proches et ceux de la personne concernée peuvent diverger, les proches pouvant souhaiter, pour des raisons qui leur appartiennent, que la personne soit soumise à une mesure inappropriée. Dans certaines circonstances, la nécessité d'une mesure s'impose de manière si évidente que l'obligation absolue d'une telle consultation n'aurait qu'un caractère purement bureaucratique.

158. Bien que le paragraphe 5 inclut le principe de respect des objections du patient quant à la consultation des proches, il est reconnu que dans la pratique clinique, il peut y avoir des circonstances où il est extrêmement difficile d'évaluer le risque potentiel que présente la personne à l'égard d'autrui. Dans ce cas, il est souhaitable de consulter les proches pour affiner la justesse de l'évaluation du risque. Ces rares situations doivent être abordées au cas par cas. La disposition n'interdit pas à un médecin ou à une instance compétente de recevoir des informations livrées spontanément par des proches de la personne concernée.

159. Selon l'idée sous-jacente au paragraphe 6, si la personne concernée ou ses proches informent le médecin ou l'instance compétente que la personne dispose d'un représentant désigné par la loi pour prendre des décisions en son nom et défendre ses intérêts, ce représentant devrait être consulté sur l'état de la personne et la mesure proposée. Il n'est pas fait obligation de mener une recherche exhaustive pour déterminer l'existence d'un représentant de ce type. Des efforts raisonnables devraient toujours être faits pour contacter un représentant s'il est connu qu'une telle personne existe. Toutefois, il n'est pas dans l'intention de rendre la procédure illégale si, dans la pratique, aucun contact ne peut être établi (par exemple, si le représentant est en vacances et qu'aucune information permettant de le contacter n'est disponible). Si la personne est déjà assistée d'une personne de confiance (voir paragraphe 52, ci-dessus) et si elle le souhaite, il est recommandable d'autoriser la personne de confiance à lui apporter son soutien durant la procédure pertinente. Si un patient ne dispose pas d'une personne de confiance, il n'est pas exclu de lui offrir l'opportunité de choisir une telle personne.

Article 21 – Procédures pour la prise de décision sur le placement et/ou le traitement involontaires dans les situations d'urgence

160. Dans les situations d'urgence, un risque important et immédiat de dommage grave pour la personne concernée ou pour autrui existe et le délai d'application des procédures normales serait donc inacceptable. Les procédures prévues pour de telles situations ne devraient pas être utilisées dans d'autres circonstances. Dans ces situations d'urgence, il se peut qu'il soit impossible d'obtenir immédiatement l'avis d'un psychiatre. Dans ces cas, le paragraphe 2.i. permet de fonder la décision sur une évaluation médicale appropriée à la mesure envisagée prenant en compte les circonstances. La jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme stipule expressément que le placement involontaire en situations d'urgence n'exige nullement un examen médical approfondi préalable au placement⁵.

161. Ainsi, l'examen peut être bref, voire même effectué au travers d'une porte si la personne s'est barricadée, mais devrait néanmoins livrer suffisamment d'informations pour répondre aux critères correspondant à la mesure concernée.

162. Dans certains cas, l'exigence de mesure involontaire peut être de très courte durée. Comme cela est précisé à l'article 24.1, si l'un des critères justifiant une mesure n'est plus rempli, il devrait être mis fin à la mesure. Il est possible donc, au moins de façon théorique, qu'il soit mis fin à une mesure avant que le tribunal ou une autre instance compétente ait pu prendre une décision en accord avec l'article 20. Comme cela est précisé au paragraphe 1 du présent article, les procédures pour les situations d'urgence ne devraient pas être utilisées dans le but de ne pas avoir à appliquer les procédures fixées à l'article 20.

⁵X c. Royaume Uni, arrêt du 5 novembre 1981, requête numéro 00007215/75

163. Le paragraphe 2.i. souligne le fait qu'une mesure involontaire dans le cadre d'une procédure d'urgence ne devrait être appliquée que pendant une courte période (par exemple, un maximum de 48 à 72 heures). S'il est nécessaire de prolonger la mesure au-delà de cette période, la procédure prévue à l'article 20 devrait être suivie.

164. Le fait que la décision ait été prise en situation d'urgence ne restreint pas le droit de la personne concernée de faire appel de la légalité de la mesure selon l'article 25 de cette Recommandation.

Article 22 – Droit à l'information

165. Les patients qui font l'objet de mesures involontaires doivent bénéficier de la même information concernant leurs droits en tant que patients, tels que précisés à l'article 6. Du fait de la violation des droits et libertés des personnes engendrées par les mesures involontaires, cet article stipule qu'ils doivent être informés oralement et par écrit. Cette information devrait couvrir leurs droits aux réexamens des mesures concernées et aux voies de recours, conformément à l'article 25 de la Recommandation. En accord avec la Convention européenne des Droits de l'Homme, une personne faisant l'objet d'un placement involontaire devrait également être rapidement informée des raisons de ce placement⁶.

166. Si des informations nouvelles ou complémentaires sont disponibles, concernant par exemple les droits spécifiques qui n'interviennent qu'après une certaine durée d'application d'une mesure involontaire ou des changements dans la loi, elles devraient être fournies en temps voulu à la personne concernée.

167. Concernant le traitement involontaire, l'article n'exige pas que le patient reçoive cette information chaque fois par exemple qu'une dose de médicament lui est administrée. L'information devrait être communiquée au début du traitement involontaire, et par la suite en accord avec le paragraphe 2.

168. Le paragraphe 3 précise que, le cas échéant, le représentant de la personne devrait également recevoir les informations mentionnées. Il est de bonne pratique de communiquer les informations oralement et par écrit.

Article 23 – Droit à la communication et aux visites pour les personnes en placement involontaire

169. Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) a souligné l'importance, tant sur le plan thérapeutique qu'en qualité de garantie contre les abus, pour ceux qui font l'objet d'un placement involontaire, de pouvoir communiquer avec le monde extérieur. Il n'est pas envisagé qu'il puisse s'avérer nécessaire de limiter la correspondance avec les personnes ou instances énoncées dans la première phrase de l'alinéa i. Les autorités appropriées incluent celles qui sont chargées du contrôle du respect des normes en accord avec l'article 37 de la présente Recommandation, ainsi que les instances internationales telles que la Cour européenne des Droits de l'Homme et le CPT. Le droit du patient à recevoir des informations de l'extérieur de l'établissement de placement ne devrait pas être restreint.

170. Des restrictions au droit de communiquer avec d'autres personnes devraient être exceptionnelles. Elles devraient exclusivement avoir pour objet :

- de protéger les droits d'autrui (par exemple, si le patient harcèle certains membres de sa famille ou d'autres connaissances par des appels téléphoniques ou des courriers désobligeants et répétitifs) ;
- d'éviter de nuire aux perspectives d'avenir de la personne concernée (par exemple, si une personne atteinte d'une maladie mentale fait part de son intention de démissionner de son emploi, mais qu'elle est jugée inapte à prendre cette décision) ;

⁶ *van der Leer c. Pays-Bas*, arrêt du 21 février 1990, requête numéro 00011509/85

- de prévenir les délits (par exemple, si le patient est suspecté de trafic de stupéfiants, un certain niveau de censure peut être imposé). Le patient devrait être informé de toute restriction afin de lui permettre de la contester devant un tribunal ou une instance compétente.

171. Tout établissement psychiatrique devrait disposer d'un « règlement intérieur » relatif aux communications et visites devant faire l'objet d'un examen indépendant approprié. Ce règlement devrait régir entre autres l'usage du téléphone, les temps de visite et les conditions (s'il y en a) dans lesquelles peuvent être appliquées des mesures telles que la fouille des patients et de leurs chambres, les analyses d'urine aléatoires pour le dépistage de drogue et l'écoute des appels téléphoniques.

172. L'article n'exclut pas la possibilité, lorsque cela est nécessaire et approprié, de soumettre les communications à une forme de surveillance ou de contrôle. Ce pourrait être le cas, par exemple, si une personne était soupçonnée d'être impliquée dans une infraction pénale grave avec la personne qu'il a désignée comme personne de confiance.

Article 24 – Arrêt du placement et/ou du traitement involontaires

173. Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants spécifie qu'il devrait être mis fin au placement involontaire dès que l'état de santé mentale du patient ne le justifie plus. Cet article suit ce principe, fondé sur la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme⁷.

174. La référence à « l'autorité responsable » faite au paragraphe 3 renvoie à l'autorité responsable de l'établissement où est placé le patient, ou à l'autorité responsable au plan administratif des médecins chargés d'administrer le traitement au patient alors que celui-ci ne fait pas l'objet d'un placement volontaire ou involontaire.

175. Le paragraphe 4 de cet article a trait au principe énoncé dans l'article 10.ii. qui stipule que des alternatives aux mesures involontaires devraient être mises à disposition aussi largement que possible. Les dispositions de post-cure, créant un lien entre les services hospitaliers et les services communautaires, et susceptibles d'offrir un soutien plus intensif au patient immédiatement après sa sortie de l'hôpital, peuvent permettre que la fin du placement involontaire ait lieu plus tôt que ce ne serait le cas autrement.

Article 25 – Réexamen et recours concernant la légalité d'un placement et/ou d'un traitement involontaires

176. La jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme précise que selon la Convention européenne des Droits de l'Homme, une personne a le droit de faire appel de décisions concernant le placement ou le traitement involontaires ou que de telles décisions soient réexaminées (ou, le cas échéant, les deux) à intervalles raisonnables⁶. Si une instance compétente a pris une décision, un tribunal devrait décider rapidement du recours contre la décision. Si la décision initiale a été prise par un tribunal, le recours devrait également faire l'objet d'une décision par un tribunal.

177. Cet article prend en compte les conditions posées à l'article 5 de la Convention européenne des Droits de l'Homme relatives à la privation de liberté, ainsi que les normes énoncées par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, notamment eu égard au droit de réexamen. Si le tribunal estime que le placement enfreint les dispositions législatives en vigueur, la personne concernée devrait bénéficier du droit à réparation tel qu'énoncé dans l'article 5.5 de la Convention européenne des Droits de l'Homme : « Toute personne victime d'une arrestation ou d'une détention dans des conditions contraires aux dispositions de cet article a droit à réparation. »

178. La notion d'intervalle « raisonnable », conformément au paragraphe 1.ii., doit être examinée dans le contexte des circonstances particulières et tenir compte de la complexité de l'affaire ainsi que de la conduite du requérant et des autorités. A titre d'exemple, une personne atteinte d'un trouble mental a demandé la

⁷Winterwerp c. Pays-Bas, arrêt du 25 octobre 1979, requête numéro 00006301/73

révision de son cas et ce réexamen a conclu au maintien de la mesure. Dans ces conditions, en cas de nouvelle demande de révision déposée le lendemain même du rendu de la première décision, il devra être tenu compte de la probabilité que ce nouveau réexamen donne lieu à une conclusion différente dans un laps de temps si réduit et dans le contexte de l'état du patient.

179. Chaque réexamen ou recours devrait appliquer une procédure contradictoire (qui fait référence à la possibilité pour une partie d'avoir connaissance et de pouvoir commenter les observations faites ou la preuve invoquée par la partie adverse). Néanmoins, les procédures engagées dans un contexte pénal (traitées à l'article 34) ou civil peuvent être perçues comme de nature très différente. Par conséquent, selon le contexte, la forme la plus appropriée de représentation pour la personne concernée peut différer.

180. Il est de bonne pratique d'informer le médecin responsable des soins du patient des procédures engagées et de son droit à y participer.

181. Le tribunal devrait, en toute connaissance des faits et des questions juridiques pertinents, vérifier que toutes les exigences de procédure et tous les critères définis pour une mesure ou sa prolongation sont respectés.

182. La personne devrait toujours être en droit d'être assistée par une personne de confiance (si elle en dispose) ou son représentant (si elle en dispose).

183. Concernant le paragraphe 2, le réexamen à intervalles raisonnables est important pour garantir le respect de la Convention européenne des Droits de l'Homme. La jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme précise que le réexamen peut être effectué par une instance spécialisée qui a les caractéristiques d'un tribunal - par exemple, si elle dispose de la nécessaire indépendance, offre des garanties de procédure appropriées, et peut statuer sur la légalité d'une mesure et ordonner, si nécessaire, son arrêt⁵.

184. La loi peut autoriser l'autorité responsable (voir paragraphe 174 ci-dessus) à déléguer la responsabilité d'informer le tribunal au médecin responsable des soins à la personne. Le rôle de l'autorité responsable pourrait également, dans ce cas, être rempli, conformément aux systèmes juridiques nationaux, par une instance qui n'est pas purement administrative, mais a également un rôle de contrôle. L'autorité responsable peut également agir afin d'initier un réexamen anticipé si elle le considère approprié.

185. Cet article couvre les procédures civiles et administratives. Dans de tels contextes, le paragraphe 5 se réfère à la possibilité de ne pas communiquer certaines informations au patient pour des raisons de confidentialité et de sûreté d'autrui en accord avec la loi nationale. Ceci est destiné en particulier à permettre la communication par les proches du patient d'informations concernant l'état de ce dernier (par exemple, si le patient est rentré chez lui pendant une certaine période) à l'équipe médicale, de façon confidentielle s'ils le souhaitent. Dans certains cas, une personne atteinte d'un trouble mental peut agir violemment avec un membre de la famille qui a révélé des informations suggérant que le patient n'est pas aussi bien (et donc une levée de la mesure n'est pas appropriée) qu'il souhaiterait le montrer.

186. Tel que noté au paragraphe 150 ci-dessus, l'à propos d'un placement involontaire et d'un traitement involontaire devrait être examiné séparément. Mais lorsqu'une personne fait l'objet des deux types de mesure, il peut être opportun, lors d'un réexamen ou d'un recours, de réexaminer simultanément les deux mesures. Sur le plan administratif, les résultats d'un examen ou d'un appel concernant un placement involontaire et concernant un traitement involontaire peuvent être combinés pour faire l'objet d'une seule décision administrative ou judiciaire.

Chapitre IV – Placement de personnes n'ayant pas la capacité de consentir en l'absence d'objection

Article 26 – Placement de personnes n'ayant pas la capacité de consentir en l'absence d'objection

187. Différents pays ont examiné de différentes manières la situation dans laquelle une personne n'a pas la capacité de consentir. Dans certains pays, chaque mesure appliquée à ces personnes est considérée comme « involontaire » car la personne n'y a pas consenti. D'autres pays réservent le terme « involontaire » à une

mesure prise contre la volonté de la personne, lorsque la personne a la capacité de consentir et refuse la mesure, ou lorsqu'elle n'a pas la capacité de consentir et s'est opposée à la mesure. C'est dans ce dernier sens plus restreint que la présente Recommandation utilise le terme « involontaire ».

188. Cet article traite de la vulnérabilité des personnes n'ayant pas la capacité de consentir mais ne s'opposant à une proposition de placement que d'autres considèrent nécessaire, lorsqu'il est particulièrement important que les intérêts et le bien-être de cette personne soient correctement protégés. Cette situation risque d'être plus fréquente avec les personnes atteintes de démence avancée ou d'un handicap mental sévère, bien qu'elle puisse concerner également plus rarement les personnes atteintes d'autres formes graves de troubles mentaux. Cet article met en lumière la nécessité pour l'Etat de mettre en place des mécanismes de protection adaptés ; des mécanismes distincts pouvant être appropriés à des groupes distincts de personnes atteintes d'un trouble mental, ou pour des placements dans différents types d'établissements. Les exemples peuvent comprendre, le cas échéant, la réévaluation régulière de la capacité de la personne ou du caractère approprié du placement.

189. Il est important de garantir que si, après avoir fait l'objet d'un placement, la personne manifeste une objection à ce placement, l'ensemble des dispositions du Chapitre III est appliqué. Les autres dispositions de la Recommandation s'appliquent à tout moment.

190. Le groupe de personnes concerné visé dans cet article est également vulnérable en ce qui concerne les interventions pour des soins de santé. Ceci est réglementé par d'autres instruments juridiques, tels que la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine.

Chapitre V – Situations particulières

Article 27 – Isolement et contention

191. Cet article traite de la contention physique et mécanique. L'utilisation de médicaments comme « contention chimique » est considérée au paragraphe 145 ci-dessus. Le paragraphe 86 ci-dessus souligne l'importance de réduire le recours à la contention et à l'isolement. L'isolement et/ou la contention ne devraient jamais être utilisés à la convenance du personnel ou comme moyen coercitif, disciplinaire ou de sanction.

192. Le paragraphe 4 précise que cet article ne s'applique pas à la contention momentanée - terme qui devrait être interprété de façon stricte. Le concept de « contention momentanée » ne se rapporte qu'à un geste bref effectué sans recours à la force, dans le but de retenir physiquement une personne, par exemple en plaçant une main sur son bras. Cette notion exclut en particulier toute forme de contention mécanique ou toute action impliquant l'usage de la force physique. Le recours à la contention momentanée est envisageable, par exemple pour les soins d'une personne atteinte de démence avancée et qui peut tenter de quitter le service hospitalier lorsqu'une porte est ouverte. Si le fait de quitter le service est susceptible de présenter des risques pour la santé et la sécurité de la personne, une contention momentanée et légère peut s'avérer nécessaire pendant la fermeture de la porte.

193. Si une contention momentanée est fréquemment nécessaire, la pratique recommandable voudrait que l'application de cette mesure soit consignée et fasse l'objet d'un contrôle médical dans le contexte du plan de traitement du patient.

194. Le recours à l'isolement ou la contention dépassant la simple contention momentanée devrait systématiquement intervenir dans le contexte d'un plan de traitement. Ainsi que précisé au paragraphe 1, ils ne devraient être utilisés que dans des établissements appropriés, tel qu'un hôpital. Le recours à une contention plus que momentanée chez des personnes âgées peut entraîner un risque plus élevé que chez des patients plus jeunes et des mesures de protection supplémentaires peuvent être recommandées pour ce groupe de patients.

195. Si une telle mesure est jugée nécessaire, il est recommandable d'en discuter avec le patient dans toute la mesure du possible, et de tenir compte de son avis. A titre d'exemple, un patient peut avoir

conscience de ses pulsions de violence dans certaines circonstances. Dans ses périodes de calme, il est possible de discuter avec lui de la façon dont il souhaiterait être approché lorsque le personnel détecte des signes de violence imminente. Le patient préfère peut-être se rendre dans une chambre d'isolement de son propre gré et pour une courte période, et y rester avec la porte ouverte, pour lui permettre de se calmer et d'éviter le recours éventuel à la contention, en cas d'aggravation de la situation.

196. La référence au principe de la restriction minimale (article 8) dans le premier paragraphe de l'article 27 montre clairement que la réponse du personnel aux comportements menaçants ou véritablement violents d'une personne atteinte de trouble mental devrait être graduelle ; d'abord en répondant verbalement ; puis par les moyens les mieux adaptés pour prévenir tout dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui, par la contention manuelle, et pour finir, dans les très rares cas où cela peut se justifier et en dernier ressort, par une contention mécanique. Le principe de la restriction minimale implique également que cette mesure ne devrait pas perdurer au-delà de l'atteinte de l'objectif. L'exemple, donné au paragraphe 82 ci-dessus, du remplacement de l'utilisation des lits-cages par des interventions moins restrictives, est également pertinent en ce qui concerne le présent article.

197. Les références aux dommages dans cet article couvrent également le fait d'infliger d'éventuelles souffrances. La référence au dommage pour le patient couvre par exemple les situations dans lesquelles un patient détient un couteau et tente de le retourner contre lui (ou semble avoir l'intention de le faire), ou lorsque après avoir préparé un nœud coulant, il tente de se pendre.

198. L'obligation de contrôle n'implique pas la présence systématique d'un médecin au début de la mise en œuvre de la mesure qu'il peut être nécessaire d'appliquer dans une situation d'urgence. Même si l'article ne traite pas de mesure de contention momentanée, les décisions concernant la contention et l'isolement pouvant être considérées comme de nature médicale, il est de bonne pratique que le médecin soit averti de la fréquence d'application de la contention momentanée afin de juger de l'opportunité de cette méthode et d'envisager en alternative le recours à des moyens moins restrictifs.

199. Les personnes ayant été soumises à l'isolement ou la contention ont décrit de façon très négative leur expérience, y compris en évoquant un sentiment d'humiliation et de perte de dignité. Il est important d'assurer que toute personne qui est soumise à une contention plus que momentanée ou un isolement ait la possibilité de parler de son expérience avec le personnel médical. Un tel compte rendu peut soulager les sentiments négatifs résultant de cette période et permettre d'explorer des approches susceptibles de limiter la nécessité de recourir ultérieurement à l'isolement ou la contention.

200. Cet article prend en compte en particulier les recommandations émises dans les rapports publiés par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). Le CPT souligne que l'isolement et la contention ne devraient jamais être employés en tant que sanction et ne devraient intervenir que dans le contexte de politiques institutionnelles clairement définies.

201. La consignation appropriée par écrit demandée au paragraphe 2 vise à garantir que le recours à l'isolement et à la contention puisse être contrôlé. L'article 37.1.ii. de cette Recommandation met en lumière l'importance du contrôle du respect des obligations et normes professionnelles. Une consignation appropriée de l'utilisation de la contention et de l'isolement, y compris l'utilisation d'un registre comme cela est mentionné au paragraphe 203 ci-dessous, aidera à atteindre cet objectif.

202. Le paragraphe 3 de cet article définit des normes plus détaillées pour la consignation du recours à l'isolement ou à la contention.

203. Les normes du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) stipulent que toutes les occurrences de contention ou d'isolement doivent être consignées dans un registre spécifique créé à cet effet ainsi que dans le dossier médical du patient. Les informations consignées devraient inclure l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin l'ayant ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte-rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel. Le CPT insiste sur l'importance de ces registres dans le cadre du contrôle de l'étendue du recours à ces mesures. Dans le

contexte d'une prison, les exigences de la CPT ne font référence qu'à l'utilisation de contention mécanique. Chaque Etat devrait s'assurer que la responsabilité de l'organisation et de la tenue du registre est claire. En pratique, il est probable que de tels registres seront conservés dans les établissements concernés. Le registre contiendra des données à caractère personnel sensibles et comme cela est précisé au paragraphe 99 devrait être protégé en conséquence.

204. L'isolement ou la contention peuvent être utilisés dans les établissements pénitentiaires ou par la police pour des raisons indépendantes d'un trouble mental. Il peut s'agir par exemple du maintien de l'ordre dans l'établissement ou d'une mesure pour empêcher une personne de s'évader. Le recours à l'isolement ou à la contention pour des raisons autres que le trouble mental ne relèvent pas du champ d'application de la présente Recommandation, même si les personnes atteintes de troubles mentaux ne devraient pas faire l'objet de discrimination dans l'utilisation de telles mesures. Lorsque l'isolement ou la contention sont utilisés dans un établissement pénitentiaire en relation avec un trouble mental, les principes de l'article 27 devraient être suivis en tenant compte des considérations appropriées en matière de sécurité. Les considérations en matière de sécurité peuvent également être pertinentes lorsque les personnes font l'objet d'un placement involontaire dans des établissements psychiatriques de haute sécurité.

Article 28 – Traitements particuliers

205. Le paragraphe 1 fait référence aux traitements qui ne sont pas destinés à avoir des effets physiques irréversibles mais qui peuvent être perçus comme impliquant une intrusion significative. Ces traitements peuvent en fait ne pas s'avérer particulièrement invasifs sur le plan physique. Il appartient aux Etats membres de désigner les traitements entrant dans cette catégorie, en tenant compte des avis internationaux (ceux, par exemple, exprimés par l'Association Mondiale de Psychiatrie). Leur revient également la responsabilité de déterminer l'examen sur le plan éthique qui sera approprié aux traitements couverts dans ce paragraphe. Un tel examen pourrait, par exemple, être conduit dans le cadre de l'élaboration de la législation nationale qui réglementera le traitement, ou par l'instance professionnelle dans le contexte de la préparation des lignes directrices professionnelles sur l'utilisation appropriée du traitement.

206. La thérapie électroconvulsive (ECT) est susceptible d'être classée dans cette catégorie. Le traitement à l'ECT est appliqué pour des indications médicales rigoureusement définies et limitées et peut être salvateur quand il est administré pour ces raisons (il peut, par exemple, être le moyen le plus rapide d'obtenir une amélioration chez un patient atteint de dépression profonde qui ne parvient plus à manger ni à boire à cause de sa dépression et dont la santé physique est fortement menacée). Dans de telles circonstances, il est probable que la personne soit dans l'incapacité de donner son consentement en raison de la sévérité de sa maladie. D'où la disposition formulée au paragraphe 1.iii. stipulant qu'un traitement potentiellement salvateur peut être administré à la personne dans de telles circonstances sous la protection d'un réexamen indépendant de sa justification.

207. Au paragraphe 1, la référence faite « les normes et les protections internationales » renvoie à la nécessité de tenir compte des développements et des points de vue adoptés au plan international sur certaines approches thérapeutiques. L'attention est notamment appelée sur l'avis du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (voir Les Normes du CPT) considérant que l'administration de l'ECT sous sa forme non atténuée (c'est-à-dire sans anesthésiques et myorelaxants) ne peut plus être considérée comme acceptable dans la pratique de la psychiatrie moderne – notamment en raison des risques de fractures et autres conséquences médicales fâcheuses – et que, en conséquence, l'ECT doit toujours être administrée sous une forme atténuée.

208. Les normes du CPT stipulent également que le recours à l'ECT doit être consigné de manière détaillée dans un registre spécifique. C'est de cette façon que un contrôle approprié peut avoir lieu et que les pratiques indésirables peuvent être identifiées. Le registre contiendra des données à caractère personnel sensibles et comme cela est précisé au paragraphe 99 devrait être protégé en conséquence.

209. L'application, sur les mineurs, des traitements particuliers couverts par l'article 28 requiert une attention particulière. Au cours des travaux préliminaires à cette Recommandation, il n'a été identifié aucune

circonstance susceptible de justifier le recours à une intervention irréversible telle que la psychochirurgie pour traiter le trouble mental d'un mineur.

210. Le paragraphe 2 de cet article couvre les traitements pour un trouble mental destinés à avoir un effet physique irréversible. Ces types de traitement sont très rarement utilisés dans la pratique psychiatrique et ne devraient être envisagés, en accord avec le principe de la restriction minimale, qu'en dernier recours, après échec de toutes les autres options thérapeutiques et avec le consentement éclairé et consigné par écrit de la personne.

211. Un exemple d'une intervention visant à produire un effet physique irréversible est une opération psychochirurgicale où l'intention serait de produire une petite lésion à un endroit précis du cerveau. Une telle lésion aura un effet sur le fonctionnement de ce dernier. L'effet recherché est une amélioration du trouble mental de la personne. Toutefois, de la même façon que des médicaments peuvent avoir des effets secondaires non intentionnels, il est possible que de telles lésions produisent des effets fonctionnels non intentionnels. Les techniques modernes de psychochirurgie où les lésions sont en effet très limitées, réduisent le risque d'effets secondaires fonctionnels négatifs. Toutefois, le risque de tels effets secondaires devrait être pleinement couvert dans la procédure de recueil de consentement.

212. Le paragraphe 2 stipule que de tels traitements ne devraient pas être utilisés sur une personne faisant l'objet d'un placement involontaire, notamment en raison de la difficulté à s'assurer que tout consentement donné dans ces circonstances est volontaire.

213. L'exigence de consentement libre, éclairé, spécifique et consigné par écrit de la personne concernée figurant au paragraphe 2 signifie qu'une autorisation ne peut être donnée au nom d'une personne n'ayant pas la capacité de consentir (qu'elle soit mineure ou adulte) à un traitement irréversible pour un trouble mental.

214. Il revient aux Etats membres de déterminer la nature de l'examen sur le plan éthique, mentionné au paragraphe 2.ii.

215. Les protocoles cliniques, auxquels il est fait référence au paragraphe 2.v., sont conçus afin de s'assurer qu'une intervention répond aux normes professionnelles. Un tel protocole peut couvrir les traitements qui devraient être utilisés, et la durée pendant laquelle ils devraient être utilisés, avant qu'une intervention psychochirurgicale ne soit envisagée sur la personne. Le recours à la psychochirurgie ne devrait intervenir que lorsque de tels traitements sont inefficaces. Le protocole devrait également inclure les tests, y compris les tests physiques et psychologiques et les études basées sur des techniques d'imagerie médicale, qui devraient être effectués avant l'intervention. De tels protocoles sont complexes, et ce paragraphe ne devrait pas être considéré comme exhaustif à cet égard.

216. La référence aux « les normes et les protections internationales » introduite au paragraphe 2.v. s'appuie sur la constatation que certaines méthodes, par exemple la psychochirurgie, sont à présent rarement employées pour traiter de graves troubles mentaux et sont exclusivement réservées à des indications médicales très précises et limitées. Peu de centres bénéficient d'une expertise suffisante dans ce type d'intervention. En cas de recours à ce type de traitement, il est d'autant plus important que les médecins responsables de son exécution prennent pleinement en compte les expériences rapportées par les autres centres du monde entier afin de garantir que chaque traitement est administré conformément à la pratique la plus récente. En raison du manque d'études à long terme des effets des techniques psychochirurgicales modernes, il est important que les centres qui effectuent ce type d'interventions bénéficient du soutien nécessaire à la réalisation de telles études. Exiger que de telles interventions soient consignées sur un registre a pour but de faciliter à la fois le contrôle de leur utilisation et l'étude ultérieure de leurs effets. Le registre contiendra des données à caractère personnel sensibles et, comme cela est précisé au paragraphe 99, devrait être protégé en conséquence.

217. Le paragraphe 2 ne s'applique pas aux traitements susceptibles, à titre d'effet secondaire non intentionnel, d'avoir un effet irréversible. A titre d'exemple, certains médicaments employés dans le traitement des psychoses peuvent entraîner l'apparition d'un trouble potentiellement irréversible, la

dyskinésie tardive, chez un certain pourcentage de patients suite à une longue consommation. Cependant, la production d'un tel effet n'est pas délibérée de la part des médecins qui les prescrivent.

Article 29 – Mineurs

218. Les mineurs peuvent faire l'objet d'un placement dans une large gamme d'établissements, y compris des foyers et des centres sociaux de même que des hôpitaux. Les définitions d'un « mineur » diffèrent selon les Etats membres. Concernant cette Recommandation, et à l'instar de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine, il appartient aux Etats membres de définir l'interprétation à donner à ce terme. Au paragraphe 2 de cet article, la référence à la prise en considération de l'avis du mineur reflète l'obligation posée, sur un plan général, par l'article 6.2 de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine.

219. Concernant le paragraphe 3, bien qu'un parent puisse normalement être le représentant d'un mineur, il peut arriver, dans certains cas, que les intérêts du mineur et du parent soient contradictoires. Lorsque les avis du mineur et du parent divergent, il y aurait lieu d'étudier la désignation d'un autre représentant pour le mineur (un travailleur social pourrait, par exemple, remplir ce rôle) auquel le mineur confie la tâche de représenter ses intérêts.

220. Concernant le paragraphe 4, nous pourrions citer comme exemple les cas dans lesquels il pourrait s'avérer être dans l'intérêt supérieur du mineur de se trouver dans un service réservé aux adultes mais qui serait proche de son domicile - facilitant ainsi les contacts avec sa famille - plutôt que dans un service réservé aux enfants et adolescents, qui serait très éloigné de son domicile.

221. Le paragraphe 5 reflète les principes de l'article 28 de la Convention des Nations Unies sur les droits des enfants (1989) qui reconnaît aux enfants le droit à l'éducation, et rend cette éducation ouverte et accessible à tout enfant. L'enseignement peut être organisé par les services compétents en matière d'éducation, en consultation avec l'administration de l'établissement de santé mentale concerné. La référence à la formation dans cet article inclut l'enseignement professionnel.

Article 30 – Procréation

222. L'article 12 de la Convention européenne des Droits de l'Homme stipule que « A partir de l'âge nubile, l'homme et la femme ont le droit de se marier et de fonder une famille selon les lois nationales régissant l'exercice de ce droit. » Comme cela est précisé à l'article 4.2 de la présente Recommandation, toute restriction à ce droit devrait être conforme aux dispositions de la Convention européenne des Droits de l'Homme.

223. L'article 30 souligne le principe selon lequel un trouble mental ne devrait pas constituer en lui-même un motif pour porter atteinte de façon irréversible aux capacités de procréation d'une personne (stérilisation). La stérilisation n'est pas un traitement pour un trouble mental. Même si les méthodes modernes de stérilisation sont dans de nombreux cas potentiellement réversibles, l'article concerne toute intervention destinée à avoir un effet permanent, indépendamment de la possibilité éventuelle de récupération des capacités de procréation par des moyens chirurgicaux.

Article 31 – Interruption de grossesse

224. Les critères d'après lesquels les Etats autorisent ou interdisent l'interruption de grossesse dépassent le cadre de cette Recommandation. Cet article souligne le principe selon lequel le trouble mental dont est atteinte une personne ne justifie pas en soi une interruption de grossesse. Sans préjudice de la position de tout Etat sur l'interruption de grossesse, il devrait être remarqué que si une femme considère que les effets sur elle-même d'un trouble mental sont tels qu'elle ne souhaite pas continuer sa grossesse, la justification proposée dans ce cas n'est pas la simple existence d'un trouble mental.

Chapitre VI – Implication du système de justice pénale

225. Les personnes atteintes de troubles mentaux confrontées au système de justice pénale bénéficient des droits établis dans la Convention européenne des Droits de l'Homme. Les droits stipulés dans les articles 5 et 6 de cette Convention sont d'une importance toute particulière dans ce contexte et les dispositions de ce Chapitre devraient être lues à la lumière de ces articles.

Article 32 – Implication de la police

226. Selon le paragraphe 1, les interventions peuvent inclure la détention et l'irruption dans les lieux selon la loi nationale. Dans ce paragraphe, l'obligation de coordination des interventions de la police (tant au plan public que privé) avec celles des services médicaux et, le cas échéant, sociaux, vise à garantir le respect de la dignité, des intérêts et du bien-être de la personne concernée. Une telle coordination fait également partie des bonnes pratiques lorsqu'une personne est soupçonnée d'infraction pénale et que son comportement suggère fortement un trouble mental, même lorsqu'il ne semble pas y avoir de risque de dommage important pour la personne ou pour autrui.

227. La condition posée au paragraphe 2 est considérée comme faisant partie, le cas échéant, du cadre général des fonctions de la police, en sa qualité de garant du respect de la sécurité des personnes et de l'ordre public.

228. Les fonctionnaires de police font partie du système de justice pénale et toutes leurs activités devraient être considérées comme faisant partie de ce système. Ils ont l'obligation de respecter la dignité et les droits fondamentaux des personnes atteintes de troubles mentaux à partir du moment où ils sont en fonction. Cette obligation devrait être soulignée dans le cadre de la formation. Toutefois, le fait de ne pas avoir suivi de formation particulière ne soustrait pas un membre de la police à la nécessité de respecter ce principe.

229. En particulier, l'attention est appelée sur la Recommandation Rec (2001)10 *sur le Code européen d'éthique de la police* et son Exposé des motifs. Il souligne la nécessité pour la police de porter une attention particulière à la situation des groupes de personnes vulnérables, et définit des normes spécifiques concernant l'arrestation et la privation de liberté par la police qui sont pertinentes pour les articles 32 et 33 de la présente Recommandation.

230. La formation évoquée au paragraphe 4 devrait être dispensée en consultation avec les services locaux de santé mentale et inclure des conseils de base quant à l'identification et la gestion des personnes suspectées d'être atteintes de troubles mentaux eu égard à la législation pertinente. L'attention est appelée sur les documents de formation aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, développés dans le cadre du programme *Police et droits de l'homme 1997-2000*⁸.

Article 33 – Personnes détenues

231. Les pays mettent en oeuvre des moyens de détention différents, qui peuvent relever du droit civil, du droit pénal ou du droit administratif. Cet article ne spécifie pas qui devrait détenir les pouvoirs en la matière, cette question relevant de la législation nationale concernée.

232. Lorsqu'une personne est détenue, l'approche retenue par certains ordres juridiques est que la personne concernée est censée « parler en son nom propre » lors de tout interrogatoire. L'objectif de l'alinéa i. est de permettre à une personne atteinte de trouble mental d'être accompagnée, pendant la procédure, d'une tierce personne susceptible de lui offrir un appui moral lors de ce moment de vulnérabilité. Certaines erreurs judiciaires ont été commises à l'encontre de personnes atteintes de troubles mentaux s'accusant à tort de crimes. La disposition a pour objet de réduire les risques d'une telle situation en amenuisant le sentiment de vulnérabilité susceptible d'être éprouvé par la personne détenue. Elle vient en complément, et non en

⁸ Disponibles auprès du Centre d'information sur les droits de l'homme, Conseil de l'Europe, F-67075 Strasbourg Cedex, France.

substitution, de toutes les dispositions nationales relatives au droit aux services d'un avocat, droit auquel l'article ne fait pas référence.

233. Comme évoqué au paragraphe 52 ci-dessus, une personne de confiance peut être un proche de l'individu concerné, ou une personne désignée par une instance volontaire ou un service assurant une fonction équivalente. Dans de telles circonstances, il est peu probable qu'il y ait des répercussions financières pour la personne concernée. Si de telles alternatives ne sont pas possibles pour la personne détenue et qu'une personne est nommée par l'Etat pour assurer ce rôle, il est prévu que toute implication financière éventuelle soit proportionnelle aux ressources de la personne concernée.

234. Lorsqu'une personne a été arrêtée pour une infraction pénale, il est possible que la présence, lors de l'interrogatoire, d'une personne de confiance particulière connue de la personne arrêtée puisse compromettre l'enquête criminelle. Par exemple, cette personne de confiance pourrait avoir également été impliquée dans l'infraction. La personne de confiance pourrait également utiliser les informations données lors de l'interrogatoire concernant, par exemple, l'endroit où se trouvent les biens volés, pour retirer les biens avant que la police ne les trouve afin d'améliorer la situation de la personne arrêtée.

235. C'est la raison pour laquelle l'article fait référence à « une personne de confiance appropriée », qui puisse être acceptée à la fois par la personne concernée et par l'autorité effectuant l'enquête. Par exemple, un membre d'une organisation bénévole locale ou d'un service assurant cette fonction peut être susceptible d'intervenir en tant que personne de confiance sans risque de conflit d'intérêts.

Article 34 – Implication des tribunaux

236. Le paragraphe 1 de cet article rend possible l'application d'une mesure involontaire même dans les cas où la personne y consent. On se prémunit ainsi contre l'éventualité qu'une personne informe un tribunal qu'elle accepte volontairement une mesure. Les tribunaux rendraient alors une décision fondée sur l'hypothèse d'acceptation ; si le délinquant se dérobe ensuite immédiatement à la mesure, plus aucun moyen ne permet de la faire appliquer et la justesse de la décision du tribunal pourrait être remise en question.

237. La présente Recommandation ne régit pas de façon détaillée le placement et le traitement pour trouble mental dans un contexte de justice pénale. Toutefois, l'article souligne que, conformément aux garanties prévues par la Convention européenne des Droits de l'Homme, la personne pouvoir exercer le droit au réexamen par un tribunal de la légalité de la mesure imposée ou de son maintien. En outre, les autres dispositions du Chapitre III devraient être prises en compte pour de tels placements et traitements imposés par les tribunaux. Toute non-application des dispositions du Chapitre III devrait pouvoir être justifiée ; par exemple, pour des raisons de sécurité appropriées. La non-application uniquement en raison du caractère inopportun de ces dispositions ne saurait être justifiable.

238. Il devrait être précisé en particulier, que le placement d'une personne pour trouble mental n'est pas approprié si ce placement n'a pas de but thérapeutique, ou en d'autres termes, si le seul objectif est la privation de liberté.

239. L'emprisonnement peut être perçu comme une forme de « placement involontaire ». Néanmoins, le terme « placement involontaire » tel qu'il est employé dans cette Recommandation renvoie systématiquement au placement involontaire fondé sur un trouble mental. De façon similaire, le terme « placement » utilisé dans cet article fait référence au placement en relation avec un trouble mental. D'où la possibilité pour une personne atteinte, par exemple, d'un trouble mental léger, de se voir signifier une peine de prison normale. Cette personne ne fait pas l'objet d'un « placement » lié à son trouble mental.

240. A l'inverse, une personne atteinte d'un grave trouble mental est susceptible de commettre une infraction très sérieuse telle qu'un meurtre. Sur la base d'une expertise médicale appropriée telle qu'exigée au paragraphe 2 de cet article, le tribunal pourrait juger l'affaire en ordonnant le placement dans un établissement psychiatrique de haute sécurité et un traitement involontaire pour la personne. Dans cet exemple, la personne est soumise à la fois à un placement et à un traitement involontaires au sens où l'entend cette Recommandation.

241. Les tribunaux devraient déterminer si la personne est atteinte d'un trouble mental ayant pu diminuer sa responsabilité pénale et, le cas échéant, en tenir compte. Le paragraphe 2 de cet article suit le Principe 20(3) de la Résolution A/RES/46/119 des Nations Unies relative à la *Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale* qui demande aux tribunaux d'agir en se fondant sur des avis médicaux compétents et indépendants lorsqu'ils ordonnent le placement dans un établissement de santé mentale.

242. Les personnes atteintes de troubles mentaux qui ont commis une infraction peuvent être traitées au sein de la société, dans des structures pénitentiaires normales ou dans des établissements psychiatriques civils ou sécurisés (en-dehors du milieu carcéral ou dans des structures pénitentiaires spécialisées, sous réserve de la Recommandation R (98)7 du Comité des Ministres aux Etats membres *relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire* (paragraphe 55 de l'Annexe)). Les indications pour un traitement dans une structure particulière incluent la gravité des troubles mentaux et la possibilité de leur traitement ainsi que de la nature de l'infraction commise.

243. Dans certains pays, si une personne est supposée nécessiter une évaluation psychiatrique, il est possible de la faire hospitaliser à cette fin sans que le tribunal ait demandé au préalable un avis médical – l'objectif même de cette évaluation médicale étant justement d'obtenir une telle expertise. Néanmoins, une évaluation ordonnée avant que soit rendue une décision quant à la condamnation appropriée n'est pas considérée comme un prononcé de la peine en tant que tel et n'est pas couvert de ce fait par ce paragraphe.

244. Il a été convenu que le paragraphe 2 n'excluait pas la faculté pour un tribunal, conformément à la loi, d'imposer une évaluation et un suivi psychiatrique ou psychologique (y compris les programmes destinés à traiter les problèmes d'abus de substances) comme alternative à l'emprisonnement ou au prononcé d'une décision définitive.

245. Lorsqu'une personne, jugée inapte à plaider en raison de son trouble mental, fait l'objet d'un placement ou traitement involontaires pour une période non définie, conformément aux normes du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, une attention particulière doit être portée au réexamen régulier de ces mesures selon les dispositions de l'article 25 de cette Recommandation.

Article 35 – Etablissements pénitentiaires

246. Cet article s'applique aux prisons, aux centres de détention provisoire et aux autres établissements pénitentiaires. Le Préambule appelle l'attention sur la nécessité de tenir compte des dispositions de la Recommandation R (87)3 *sur les règles pénitentiaires européennes*. Le premier paragraphe de l'article souligne que les personnes atteintes de troubles mentaux sont admises à bénéficier de toutes les dispositions de protection figurant dans la Recommandation R (98)7 *relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire* mises en lumière dans le Préambule de cette Recommandation.

247. L'attention est notamment appelée sur l'obligation posée au paragraphe 13 de cette Recommandation, selon laquelle « le secret médical devrait être garanti et observé avec la même rigueur que dans la population générale ».

248. Le principe de l'équivalence des soins est considéré comme fondamental par le Comité européen pour la prévention de la torture et des sanctions ou traitements inhumains et dégradants (CPT), et figure également dans la Recommandation R (98)7 à laquelle il a été fait référence précédemment. Les normes de la CPT précisent que un service de santé pénitentiaire doit être en mesure d'assurer les traitements médicaux et les soins infirmiers, dans des conditions comparables à celles dont bénéficie la population en milieu libre. Les effectifs en personnel médical, de pharmacie, infirmier et technique, ainsi que la dotation en locaux, installations et équipements, devraient être établis en conséquence.

249. La CPT souligne également qu'en comparaison avec les taux statistiques observés dans la population générale, un nombre élevé de personnes incarcérées présente des symptômes d'ordre psychiatrique. Par conséquent, elle considère qu'un médecin qualifié en psychiatrie devrait être attaché au service de santé dans

chaque prison. L'article met en lumière l'importance, pour les personnes atteints de troubles mentaux détenues dans les établissements pénitentiaires (« prisonniers »), de pouvoir bénéficier d'options thérapeutiques appropriées. Ceci comprend des programmes thérapeutiques pour les prisonniers atteints de troubles de la personnalité, même s'il ne devrait pas être supposé que l'ensemble de ces prisonniers souhaite ou peut bénéficier de tels programmes.

250. En particulier, la Recommandation R (98)7 *relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire* demande à ce que les prisonniers atteints de troubles mentaux graves soient traités dans une unité hospitalière équipée de façon adéquate et disposant d'un personnel formé de façon appropriée.

251. Si un détenu (ou son représentant légal) atteint de troubles mentaux estime que les soins reçus en un établissement pénitentiaire sont inappropriés à son état ou s'il considère que son état est incompatible avec l'environnement de l'établissement pénitentiaire, il devrait être en mesure de demander des soins appropriés ou son transfert. Si de tels soins ou son transfert lui sont refusés, un système approprié d'appel devrait être disponible.

252. Lorsqu'un traitement involontaire est effectué dans un établissement pénitentiaire, la situation dans laquelle une personne se soumet à un traitement diffère grandement de celle où la personne y résiste activement. Dans le premier cas, le traitement peut être administré dans un service médical approprié, mais dans le second cas, il ne devrait être effectué que dans un service hospitalier adapté au traitement des troubles mentaux.

253. Il revient aux Etats membres de déterminer si le service hospitalier dans un établissement pénitentiaire est adapté au traitement des troubles mentaux. A cette fin, il conviendrait d'examiner s'il est possible d'apporter, au sein du service, des soins en accord avec les normes établies dans la présente Recommandation. Les services hospitaliers désignés comme adaptés pour le traitement de troubles mentaux devraient être enregistrés et contrôlés par une instance nationale appropriée.

254. Le recours à l'isolement ou à la contention dans le cadre des établissements pénitentiaires est discuté aux paragraphes 203 et 204 ci-dessus.

255. Le système de contrôle indépendant auquel il est fait référence au paragraphe 4 devrait être indépendant des autorités pénitentiaires. Il peut être bon d'associer ce système avec celui (ou ceux) concerné(s) par l'assurance qualité et le contrôle couvert par le Chapitre VII ci-après.

Chapitre VII – Assurance qualité et contrôle

Article 36 – Contrôle du respect des normes

256. L'assurance qualité et le contrôle sont importants pour assurer la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en garantissant la délivrance de soins de haute qualité pour ces personnes et le respect des normes juridiques pertinentes, y compris celles contenues dans la présente Recommandation. Les normes du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants spécifient que le Comité accorde « une importance considérable aux visites régulières d'établissements psychiatriques par un organe indépendant ».

257. Les Etats peuvent avoir différentes approches pour l'assurance qualité et le contrôle. Par exemple, dans certains Etats, une seule instance peut assurer le contrôle des normes juridiques, techniques et professionnelles. Dans d'autres Etats, une instance peut être chargée des normes juridiques et une autre des normes professionnelles et techniques. L'article ne recommande aucune approche particulière.

258. Concernant le paragraphe 2.iii., les organisations non gouvernementales impliquées dans le domaine de la santé mentale et des droits de l'homme peuvent également jouer un rôle important. En particulier, les organisations comprenant des personnes actuellement suivies ou ayant été suivies dans des services de santé

mentale ainsi que leurs proches (notamment les personnes qui agissent en qualité de soignant auprès de personnes atteintes de troubles mentaux) devraient être invitées à collaborer.

259. Concernant le paragraphe 2.iv., et s'il s'agit de deux entités distinctes, un travail de collaboration devrait être instauré entre le système développé sous cet article et l'instance chargée d'effectuer le suivi indépendant du traitement et des soins administrés dans des établissements pénitentiaires aux personnes atteintes de troubles mentaux tel qu'exigé par l'article 35.4 de cette Recommandation. Il peut être bénéfique que les deux fonctions soient remplies par une seule et même organisation.

Article 37 – Exigences spécifiques pour le contrôle

260. Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants a émis des recommandations sur les activités de l'instance à laquelle il est fait référence au paragraphe 256 ci-dessus. Ces recommandations sont reprises dans cet article.

261. Parmi les exemples de contrôle des obligations et normes professionnelles, peuvent être cités le fait d'assurer que le personnel ait une compétence adaptée à sa responsabilité ; d'utiliser des protocoles cliniques appropriés ; et que le recours à la contention et à l'isolement soit justifié. De nombreux autres exemples peuvent être donnés.

262. Concernant le paragraphe 3.iii., il est important que la personne concernée ne puisse pas être identifiée. Cela peut nécessiter, dans le cas de petits établissements, des considérations particulières.

Article 38 – Statistiques, conseils et rapports

263. La collecte et l'accessibilité à des données statistiques et autres informations pertinentes sont utiles à des fins de suivi, d'identification de bonnes pratiques et au titre de comparaisons sur le plan international. L'audit de cas sélectionnés et une jurisprudence transparente sont des méthodes importantes pour permettre aux Etats membres de maintenir leurs normes en conformité avec les dispositions de cette Recommandation et autres instruments pertinents, notamment avec les normes du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants.

264. Il est souhaitable que chaque Etat dresse des statistiques précises et exhaustives sur l'emploi de mesures involontaires y compris sur le nombre de personnes concernées, leurs catégories de diagnostic, la durée d'application des mesures involontaires, le nombre de recours, le temps nécessaire aux procédures et leurs résultats, ainsi que l'emploi et l'emplacement des structures de placement involontaire.