



BANQUE DES MEMOIRES

Master II Droits de l'homme et droit humanitaire
Dirigé par Monsieur le Professeur Sébastien Touzé
2021

***L'appréhension par le droit international
des droits de l'homme de la question de la
santé mentale***

Lou Bassoni

Sous la direction de Monsieur le Professeur Olivier de Frouville



UNIVERSITÉ PARIS II
PANTHÉON-ASSAS

Master II Droits de l'homme et droit humanitaire
Dirigé par Monsieur le Professeur Sébastien Touzé
2020-2021

**L'APPRÉHENSION PAR LE DROIT INTERNATIONAL DES DROITS
DE L'HOMME DE LA QUESTION DE LA SANTÉ MENTALE**

Lou Bassoni

Sous la direction de Monsieur le Professeur Olivier de Frouville

Remerciements

Mes remerciements s'adressent à toutes les personnes qui ont bien voulu contribuer à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie Monsieur le Professeur Sébastien Touzé pour m'avoir permis d'intégrer sa formation. Ce fut une formidable opportunité pour approfondir mes connaissances dans ce domaine passionnant qu'est l'étude des droits humains.

Je remercie l'ensemble des professeurs, et en particulier Monsieur le Professeur Olivier de Frouville pour m'avoir accompagnée avec bienveillance durant l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie enfin mes proches pour leurs encouragements, mon père pour ses précieux conseils, Aurélien pour son soutien indéfectible et ma mère, aussi bien pour ses relectures attentives que pour le fait d'avoir toujours cru en moi, même lorsque je n'y croyais plus.

Sommaire

Introduction	6
I. La difficile bascule du statut d'objet de soins à celui de sujet de droits	15
A. En matière de soins : conflits entre approche thérapeutique et modèle médical.....	16
B. Au sein de la société : conflits entre approche inclusive et modèle sécuritaire	33
II. Les défis pour une pleine reconnaissance du droit à la santé mentale	54
A. Surmonter l'invisibilisation de la santé mentale.....	54
B. Surmonter le manque de consensus des parties prenantes.....	73
Conclusion.....	92
Annexe.....	93
Bibliographie.....	95
Table des matières	105

Liste d'abréviations

<i>AGNU</i>	Assemblée générale des Nations unies
<i>APCE</i>	Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe
<i>CEDAW</i>	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
<i>CEDH</i>	Convention européenne des droits de l'homme
<i>CERD</i>	Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale
<i>CGLPL</i>	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
<i>Charte ADHP</i>	Charte africaine des droits de l'homme et des peuples
<i>CIDE</i>	Convention internationale des droits de l'enfant
<i>CIM</i>	Classification internationale des maladies
<i>CNCDH</i>	Commission Nationale consultative des droits de l'homme
<i>Commission EDH</i>	Commission européenne des droits de l'homme
<i>Cour EDH</i>	Cour européenne des droits de l'homme
<i>CPT</i>	Comité européen pour la prévention de la torture
<i>CRPD</i>	Convention relative aux droits des personnes handicapées
<i>DSM</i>	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
<i>DUDH</i>	Déclaration universelle des droits de l'homme
<i>HCDH</i>	Haut-Commissaire aux droits de l'homme
<i>OEA</i>	Organisation des États Américains
<i>OMS</i>	Organisation Mondiale de la Santé
<i>ONU</i>	Organisation des Nations unies
<i>PIDCP</i>	Pacte international relatif aux droits civils et politiques
<i>PIDESC</i>	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
<i>Rapporteur PH</i>	Rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées
<i>Rapporteur SPM</i>	Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible
<i>RRASMQ</i>	Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec

Introduction

« *La santé mentale n'est pas seulement une préoccupation qui relève du domaine de la santé ou du domaine médical: il s'agit pour une grande part, de droits de l'homme, de dignité et de justice sociale* »¹. C'est en ces termes que le prince Zeid Raad al-Husseini, alors Haut-Commissaire des Nations unies aux droits de l'homme, confirmait, dans un rapport présenté à l'Assemblée Générale du Conseil des droits de l'homme en 2017, l'approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme qui n'a eu de cesse de se développer depuis la naissance de l'Organisation des Nations unies (ONU) en 1945. Une telle approche a pour intérêt de permettre à tout individu de prendre soin de sa santé mentale, sans subir à cette occasion des violations de ses droits fondamentaux. Si de nos jours, cette approche est répandue (bien qu'elle demeure contestée et parfois peu appliquée), son élaboration fut complexe.

Il convient tout d'abord de définir ce que l'on entend par santé mentale.

Le préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, agence spécialisée des Nations unies dédiée aux questions de santé publique), entrée en vigueur le 7 avril 1948, définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »².

La santé mentale est ainsi une composante à part entière de la santé. Pour Tedros Adhanom Ghebreyesus, le directeur général de l'OMS, « *il n'y a pas de santé sans santé mentale* »³.

Celle-ci peut être définie comme « *un état de bien-être permettant à l'individu de réaliser ses potentialités, de faire face au stress normal de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux, et d'apporter une contribution à la communauté dans laquelle il vit* »⁴.

La santé mentale est un aspect primordial pour le bien-être de chaque individu. Cette notion est plus large que la notion de problèmes de santé mentale, ces derniers étant caractérisés par un « *ensemble anormal de pensées, de perceptions, d'émotions, de comportements* »⁵ qui peuvent fortement impacter les relations de la personne qui en souffre avec autrui.

¹ Conseil des droits de l'homme, Rapport du Haut-Commissaire des Nations unies aux droits de l'homme, *Santé mentale et droits de l'homme*, 34^{ème} session, A/HRC/34/32, 31 janvier 2017, §34, p.12.

² Préambule de la Constitution de l'OMS, §2, p.1.

³ Centre régional d'information des Nations unies, *Le COVID-19 affecte la santé mentale des jeunes*, 16 juillet 2020, disponible sur : <https://unric.org/fr/le-covid-19-affecte-la-sante-mentale-des-jeunes/>

⁴ OMS, *Investir dans la santé mentale*, 2004, p.4, disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42896>

⁵ OMS, rubrique Troubles mentaux, 28 novembre 2019, disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/mental-disorders>

Les problèmes de santé mentale sont très répandus dans le monde : dans un communiqué du 30 mars 2017, l’OMS déclarait que la dépression est la première cause d’incapacité et de morbidité au niveau mondial⁶, touchant plus de 264 millions de personnes⁷. Dans un communiqué du 27 août 2020, l’OMS alertait également sur le fait que « *près d’un milliard de personnes souffrent d’un trouble mental, 3 millions de personnes meurent chaque année des conséquences de l’usage nocif de l’alcool et une personne se suicide toutes les 40 secondes* »⁸.

Par ailleurs, le contexte sanitaire actuel contribue à alourdir considérablement ce triste bilan : une enquête menée par Santé Publique France depuis le premier confinement de mars 2020 révèle une hausse importante des états anxieux et dépressifs chez les Français⁹, mais ce constat peut s’étendre à l’ensemble de la population mondiale¹⁰.

Il convient à présent de revenir sur l’élaboration du droit à la santé mentale par le droit international des droits de l’homme ; celle-ci fut lente, et se réalisa essentiellement par le prisme de la reconnaissance du droit à la santé et des droits des personnes en situation de handicap.

Le droit international des droits de l’homme peut se définir comme un « *ensemble de règles internationales qui affirment les droits et la dignité de tous les êtres humains* »¹¹. Initialement, le droit international ne s’intéressait guère à la problématique des droits de l’homme : étant un droit destiné aux États, il laissait à ces derniers leur souveraineté sur leurs territoires en vertu du principe de non-ingérence. Les atrocités commises lors de la Seconde Guerre Mondiale entraînèrent un changement de paradigme pour empêcher que cela ne se reproduise.

C’est ainsi que le droit international des droits de l’Homme émergea véritablement.

L’ONU fut créée en 1945, et déjà, le respect des droits de l’homme était l’un de ses buts¹².

⁶ OMS, communiqué de presse, « *Dépression : parlons-en* » déclare l’OMS, alors que cette affection arrive en tête des causes de morbidité, 30 mars 2017, disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>

⁷ S. L James *et al.*, *Global, Regional, and National Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability for 354 Diseases and Injuries for 195 Countries and Territories, 1990–2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*, *The Lancet* 392, n° 10159, 10 novembre 2018, p.1817, disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)

⁸ OMS, communiqué de presse, *Journée mondiale de la santé mentale : une occasion de stimuler à grande échelle les investissements dans la santé mentale*, 27 août 2020, disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>

⁹ Santé publique France, rubrique Enquête CoviPrev, disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19#block-249162>

¹⁰ Nations unies, Note de synthèse, *Nécessité de tenir compte de la santé mentale dans le cadre de de la lutte contre la COVID-19*, 13 mai 2020, p. 7, disponible sur : https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief-covid_et_sante_mentale.pdf

¹¹ Site internet ONU femmes, rubrique droit international des droits de l’homme, 3 juillet 2013, disponible sur : <https://www.endvawnow.org/fr/articles/1485-droit-international-des-droits-de-lhomme.html>

¹² Charte des Nations unies, article 1 §3.

La *Déclaration universelle des droits de l'Homme (DUDH)*, adoptée le 10 décembre 1948, est le premier texte des Nations unies consacré aux droits de l'homme. La DUDH offre par conséquent une protection plus complète que la *Charte des Nations unies* ; à ce titre, il est intéressant de remarquer que la DUDH prône l'égalité des individus, « *sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation* »¹³, là où la *Charte des Nations unies* prévoit une interdiction de discrimination qui concerne seulement la race, le sexe, la langue ou la religion¹⁴.

La mention « *autre situation* » permet d'inclure les personnes ayant des problèmes de santé mentale, mais malgré cela, la protection de la DUDH demeure insuffisante, en ce qu'elle ne mentionne pas spécifiquement ces personnes et en ce que le texte n'est pas contraignant pour les États parties. Concernant le droit à la santé, la seule mention de celui-ci figure à l'article 25, au sein d'une disposition qui consacre principalement le droit à un niveau de vie suffisant.

Le droit à la santé fut pleinement reconnu en 1966 avec l'adoption du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)* par l'Assemblée générale des Nations unies. Il s'agit d'un traité contraignant pour les États parties. Son article 12 paragraphe 1 dispose que « *les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* ».

En parallèle, les Nations unies ont entériné plusieurs traités relatifs aux droits de l'homme qui consacrent également le droit à la santé. Ainsi, la *Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (CERD)*, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies en 1965, reconnaît un droit à la santé pour chaque individu¹⁵.

La *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW)*, adoptée en 1979, prévoit en ses articles 11 1. f) et 12 respectivement le « *droit à la protection de la santé* » ainsi que le devoir pour les États parties de prendre « *toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé* ». Dix ans plus tard, la *Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE)* consacre le droit à la santé et au développement de l'enfant, en ses articles 23, 24, 25, 27 et 32.

Par ailleurs, cette convention mentionne explicitement les enfants handicapés en son article 23 et ajoute l'incapacité parmi les motifs de discrimination potentielle en son article 2.

¹³ Déclaration universelle des droits de l'homme, article 2 §1.

¹⁴ Charte des Nations unies, article 1 §3.

¹⁵ CERD, article 5 e) iv).

Toutefois, ces instruments ne sont pas spécifiquement dédiés à la santé mentale. Pour remédier à l'invisibilisation de cette question, le 20 décembre 1971, l'Assemblée générale des Nations unies adopte la résolution 2856 (XXVI), laquelle contient la *Déclaration des droits du déficient mental*. Ce texte non contraignant affirme en son article premier que : « *le déficient mental doit, dans toute la mesure possible, jouir des mêmes droits que les autres êtres humains* ».

Plusieurs droits sont énumérés, tels que le droit aux soins médicaux (article 2), le droit à un niveau de vie décent (article 3), ou encore la protection contre toute exploitation (article 6).

En son article 7, la Déclaration « *prévoit de sérieuses garanties juridiques lorsqu'il se révélera nécessaire de limiter ou de supprimer ces droits* »¹⁶, à savoir une évaluation de la personne par des experts, des révisions périodiques et un droit de faire appel de la décision.

Le 9 décembre 1975, l'Assemblée générale adopte la résolution 3447 contenant la *Déclaration des droits des personnes handicapées*. Ce texte - lui aussi non contraignant - réaffirme et complète les dispositions de la *Déclaration du déficient mental*. Elle constitue également une avancée de par le changement terminologique opéré : le terme « déficient mental » est remplacé par les termes « personnes handicapées » et « handicapé ». Ces termes, moins péjoratifs, correspondent davantage à une approche fondée sur les droits de l'homme.

Les Déclarations de 1971 et de 1975 ont été les premières « *à comporter des dispositions relatives à l'égalité et à la non-discrimination eu égard aux personnes handicapées. Ces instruments [...] ont ouvert la voie à une approche du handicap fondée sur l'égalité* »¹⁷.

Pourtant, comme le souligne le Comité des droits des personnes handicapées, ces instruments : « *reposent encore sur le modèle médical du handicap : la déficience y est considérée comme un motif légitime pour restreindre ou empêcher l'exercice de certains droits. Ces deux textes utilisent également des termes et expressions aujourd'hui considérés comme inappropriés ou obsolètes* »¹⁸.

Malgré les avancées que constituent ces Déclarations, leurs limites furent rapidement révélées, et il fallut élaborer de nouveaux textes.

En 1976, l'Assemblée générale décréta que l'année 1981 serait l'Année internationale pour les personnes handicapées, ayant pour thème l'égalité et la pleine participation des personnes en situation de handicap à la vie sociale. Puis le 3 décembre 1982, l'Assemblée générale adopta la

¹⁶ P. Bernardet, T. Douraki, C. Vaillant, *Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe*, Érès, 2002, p. 214.

¹⁷ Comité des droits des personnes handicapées, *Observation générale n°6 sur l'égalité et la non-discrimination*, CRPD/C/GC/6, 26 avril 2018, §8, p. 3.

¹⁸ *Ibid.*

résolution 37/52, laquelle institue un « Programme d'action mondial concernant les personnes handicapées ». Le thème principal de ce programme était l'égalisation des chances.

Afin « de fournir un cadre temporel aux gouvernements et aux organisations pour accomplir les activités recommandées dans le Programme Mondial d'Action »¹⁹, l'Assemblée générale a proclamé la « Décennie des Nations unies pour les personnes handicapées » entre 1983 et 1992. Une « Journée internationale des personnes handicapées » fut par la suite proclamée le 3 décembre, en hommage à la date d'adoption du Programme d'action mondial. Outre la portée symbolique que représente cette journée, c'est également l'occasion de faire le point sur les conditions de vie des personnes en situation de handicap à travers le monde.

La Décennie s'est achevée avec l'adoption par l'Assemblée générale de la résolution 46/119 le 17 décembre 1991, laquelle comporte en annexe les *Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale*. Ces Principes :

*« énoncent les normes minimales en matière de droits de l'homme qui s'appliquent aux handicapés mentaux [...] Il y est dit que toute personne atteinte de maladie mentale ou soignée comme telle doit être protégée contre la discrimination fondée sur son état et a le droit d'exercer tous les droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux reconnus dans les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme »*²⁰.

Traitant du placement d'office, des abus, de l'isolement ou encore de stérilisation, ces Principes ont fait figure de modèle, car ils ont permis à plusieurs pays d'élaborer une législation sur la santé mentale. Pour le Secrétaire général, ils constituent « un instrument important qui contribue à clarifier le contenu du droit commun relatif aux droits de l'homme en ce qui concerne la situation et les besoins particuliers des personnes atteintes de maladie mentale »²¹. Toutefois, le Secrétaire général formule également plusieurs critiques à leur égard : ils ne sont pas contraignants ; la protection qu'ils offrent est parfois moindre que celle des traités existants en matière de droits de l'homme, par exemple concernant le droit de refuser un traitement ; enfin, le terme « patient » y est utilisé 123 fois, alors qu'il traduit une approche médicale.

En 1987, des experts se sont réunis à Stockholm pour évaluer l'application du Programme d'action mondial. Ces derniers ont recommandé à l'Assemblée générale des Nations unies

¹⁹ Nations unies, rubrique Les Nations unies et les personnes handicapées, disponible sur : https://www.un.org/french/esa/social/disabled/historique_4.htm

²⁰ Rapport du Secrétaire général, *Progrès réalisés dans le cadre de l'action engagée pour assurer aux handicapés la pleine reconnaissance et l'exercice sans réserve de leurs droits fondamentaux*, A/58/181, §12, disponible sur : <https://www.un.org/esa/socdev/enable/disa58181f.htm>

²¹ *Ibid.*, §13.

d'élaborer une « *convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des handicapés* »²². Des organisations de personnes handicapées, des pays comme l'Italie et la Suède se sont mobilisés, mais cela n'a pas abouti ; la majorité estimant que les personnes en situation de handicap, n'étant pas exclues des traités en vigueur, étaient déjà dotées de tous les droits humains et n'avaient pas besoin d'un instrument spécifique.

Face à la clameur grandissante, l'Assemblée générale adopta le 20 décembre 1993 la résolution 48/96, qui comporte en annexe les *Règles pour l'égalisation des chances des handicapés*.

Ces 22 règles ne constituent pas un instrument contraignant, mais sont le signe d'un engagement fort de la part des États parties pour offrir en pratique aux personnes handicapées les mêmes chances que celles dont bénéficient les autres personnes, l'égalisation des chances désignant en effet « *le processus par lequel les divers systèmes de la société, le cadre matériel, les services, les activités et l'information sont rendus accessibles à tous, et en particulier aux handicapés* »²³.

Cet instrument a renforcé l'approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme, en posant des obligations claires aux États parties et en entérinant la distinction entre incapacité et handicap. En effet, le terme « *incapacité* » renvoie aux déficiences physiques ou mentales de la personne, là où le terme « *handicap* » met en avant « *les inadéquations du milieu physique et des nombreuses activités organisées - information, communication, éducation, etc. -, qui empêchent les handicapés de participer à la vie de la société dans l'égalité* »²⁴.

Établir cette distinction est cruciale, car ces termes :

*« étaient souvent employés d'une façon imprécise, qui prêtait à confusion et ne permettait pas de définir les principes d'action ou les orientations d'une politique générale avec toute la rigueur voulue. S'inscrivant dans une acception médicale et diagnostique, ils masquaient ce en quoi la société laissait à désirer »*²⁵.

Choisir le terme « *handicap* » traduit la volonté des rédacteurs de privilégier une grille de lecture qui ne repose pas seulement sur les particularismes de la personne, mais avant tout sur l'interaction de ceux-ci avec des facteurs sociaux et environnementaux.

Quant aux organisations régionales, ces dernières ont également reconnu un droit à la santé, ainsi que des droits pour les personnes en situation de handicap au fil du temps.

²² Règles pour l'égalisation des chances des handicapés, 20 décembre 1993, §8, p. 2.

²³ *Ibid.*, §24, p. 6.

²⁴ *Ibid.*, §18, p. 4.

²⁵ *Ibid.*, §19, p. 4.

L'Organisation de l'unité africaine (OUA) a adopté, le 27 juin 1981, la *Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (Charte ADHP)*. S'appuyant notamment sur la DUDH, ce texte consacre plusieurs droits de l'homme, parmi lesquels le droit à la santé (*article 16*). Par ailleurs, des « *mesures spécifiques de protection en rapport avec leurs besoins physiques ou moraux* » sont prévues pour les personnes en situation de handicap (*article 18 paragraphe 4*). Le *Protocole à la Charte ADHP relatif aux droits des personnes handicapées en Afrique* a été adopté par l'Union Africaine en janvier 2018, mais n'est à ce jour pas entré en vigueur.

L'Organisation des États américains (OEA) n'avait pas intégré le droit à la santé, ni de disposition sur les personnes en situation de handicap au sein de la *Convention américaine relative aux droits de l'homme*, adoptée le 22 novembre 1969 ; c'est le *Protocole additionnel à la convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels, aussi appelé le Protocole de San Salvador*, approuvé le 17 novembre 1988, qui intègre le droit à la santé (*article 10*) ainsi que le devoir pour les États parties de prendre des mesures pour assurer l'épanouissement des personnes en situation de handicap (*article 18*). En 1999, l'OEA élabora la *Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées*, qui est la première convention internationale en la matière. Elle vise « *la prévention et l'élimination de toutes les formes de discrimination contre la personne handicapée et la création des conditions favorables à son insertion totale dans la société* » (*article II*) et instaure un Comité de suivi (*article VI*).

Le Conseil de l'Europe a quant à lui conçu différents instruments.

Tout d'abord, la *Convention européenne des droits de l'homme (CEDH)*, signée le 4 novembre 1950. Si elle ne mentionne pas expressément les questions de santé et de handicap - seul l'article 5 régit les conditions de détention d'un « *aliéné* » -, la Cour européenne des droits de l'homme (Cour EDH) a souvent eu l'occasion d'élargir la portée des dispositions conventionnelles.

La *Charte sociale européenne* fut signée le 18 octobre 1961 ; y figurent le droit à la protection de la santé (*article 11*) et le droit « *des personnes physiquement ou mentalement diminuées à la formation professionnelle et à la réadaptation professionnelle et sociale* » (*article 15*).

Cette Charte a été révisée le 3 mai 1996 ; l'article 11 demeure presque inchangé, tandis que l'article 15 a été renommé « *Droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté* », et comporte davantage de droits.

Le 4 avril 1997, le Conseil de l'Europe signe 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*.

Aussi appelée la *Convention d'Oviedo*, il s'agit du « *seul instrument juridique contraignant international pour la protection des droits de l'Homme dans le domaine biomédical* »²⁶.

De son côté, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a réalisé deux documents : la *Recommandation 818 (1977) relative à la situation des malades mentaux* ainsi que la *Recommandation 1235 (1994) relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme*.

Le Comité des Ministres a quant à lui établi la *Recommandation Rec(83)2 sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires* et la *Recommandation Rec(2004)10 relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux*.

La *Convention d'Oviedo* et ces quatre recommandations détaillent les droits des usagers des services de santé mentale, autrefois dénommés patients, ces derniers constituant un groupe très vulnérable. La *Recommandation Rec(2004)10* a toutefois une portée plus large, car elle s'applique à toute personne ayant des problèmes de santé mentale et pas seulement aux usagers. Enfin, l'Union européenne (UE) a proclamé fin 2000 la *Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne*. Ce texte s'engage en faveur de l'intégration des personnes en situation de handicap (*article 26*) et pour « *un niveau élevé de protection de la santé humaine* » (*article 35*).

En dépit de ces instruments onusiens (essentiellement non contraignants) et régionaux, il n'existait aucune convention onusienne spécifiquement dédiée aux personnes handicapées. Il devenait urgent d'y remédier, car d'après Thomas Hammarberg, ex-commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe : « *les normes internationales en matière de droits de l'homme n'ont pas été appliquées aux personnes handicapées* »²⁷. Ainsi, faiblement protégées, elles subissaient de nombreuses violations de leurs droits fondamentaux dans leur quotidien.

En 2001, lors de la Conférence mondiale contre le racisme de Durban, le Mexique a réclamé l'élaboration d'une convention internationale pour les personnes en situation de handicap, et a réitéré cette demande à l'ouverture de la 56^{ème} session de l'Assemblée générale des Nations unies. En réponse, l'Assemblée générale « *décide de créer un comité spécial [...] qui aura pour tâche d'examiner des propositions en vue d'élaborer une convention internationale globale et intégrée pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés...* »²⁸.

²⁶ Conseil de l'Europe, rubrique *Convention d'Oviedo et ses Protocoles*, disponible sur : <https://www.coe.int/fr/web/bioethics/oviedo-convention>

²⁷ T. Hammarberg, *Droits de l'homme en Europe : la complaisance n'a pas sa place*, Conseil de l'Europe, 2011, p. 149.

²⁸ Assemblée générale des Nations unies, Résolution 56/168, *Convention internationale globale et intégrée pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés*, A/RES/56/168, 19 décembre 2001, p. 2.

Ce Comité ad hoc avait pour rôle « *d'élaborer un texte qui garantirait la jouissance pleine et effective de tous les droits de l'Homme existants, assurant l'accès à tous ces droits tout en ne négociant aucun nouveau droit* »²⁹. La priorité n'était pas de reconnaître de nouveaux droits, mais d'assurer l'accès effectif des personnes en situation de handicap aux droits existants.

Le 13 décembre 2006, la *Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRPD)* dotée de 50 articles est adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies. Albert Prevos, président du Conseil français des personnes handicapées pour les questions européennes, qualifie ce texte d'« *historique* » et assure qu'il « *fera date à bien des égards, notamment parce qu'en matière des droits de l'homme, aucun traité n'a jamais été négocié aussi rapidement et que la formulation de nombreux articles provient en grande partie des ONG* »³⁰.

Grâce à l'importante mobilisation de la société civile dans l'élaboration de ce texte, Christine Lazerges, ex-présidente de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), souligne que « *le handicap n'est plus appréhendé comme une défiance qui empêche l'individu d'interagir avec la société, mais comme une difficulté dans l'interaction avec l'environnement sociétal. C'est à la société de corriger cette difficulté d'interaction* »³¹.

Cette convention fera d'autant plus date qu'elle officialise une approche du handicap non plus médicale ou d'assistance, mais fondée sur les droits de l'homme : les personnes en situation de handicap perdent le statut d'objet de soins pour acquérir celui de sujet de droits. Elles sont ainsi sorties de l'invisibilité pour devenir des acteurs dans la société et dans la prise de décision, conformément au slogan des activistes en la matière : « *Nothing about us without us* ».

Si l'approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme a donc été consacrée depuis 2006, elle rencontre néanmoins différents obstacles qui l'empêchent de pleinement s'appliquer. Nous verrons en quoi le statut de sujet de droits n'est toujours pas acquis pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale (I), pour nous concentrer ensuite sur les défis rencontrés par tout un chacun dans l'accès au droit à la santé mentale (II).

²⁹ M. Schulze, *Comprendre la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées*, Handicap International, juillet 2010, p. 15.

³⁰ CNCDH et Conseil français des personnes handicapées pour les questions européennes, *Guide pratique sur la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées*, octobre 2018, p. 6.

³¹ *Ibid.*, p. 5.

I. La difficile bascule du statut d'objet de soins à celui de sujet de droits

« La Convention [relative aux droits des personnes handicapées] impose à toutes les parties prenantes de la société de passer d'une approche du handicap fondée sur l'assistance à une approche fondée sur les droits de l'homme : la personne handicapée n'est pas un objet de soins, la personne handicapée est un sujet de droits »³².

La CRPD a imposé un changement de paradigme pour les personnes qu'elle protège : le passage d'un statut d'objet de soins à un statut de sujet de droits. Parmi ces personnes protégées, il y a les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Désormais, ces dernières ne doivent pas seulement être perçues comme *« les bénéficiaires d'organisations caritatives ou de soins médicaux, mais aussi en tant que détenteurs de droits ayant une « dignité humaine intrinsèque, méritant d'être protégée à l'égal de celle d'autres êtres humains » »³³.*

D'après le Conseil des droits de l'homme, trois catégories de personnes sont concernées³⁴:

« les usagers des services de santé mentale (c'est-à-dire les usagers réels ou potentiels de services de santé mentale et de services communautaires) ; les personnes présentant un trouble mental ; et les personnes présentant un handicap psychosocial (c'est-à-dire les personnes qui, même si elles ne se considèrent pas comme présentant un trouble mental ou qu'elles n'ont pas reçu un diagnostic en ce sens, sont empêchées d'exercer pleinement leurs droits et de participer à la société, en raison d'une incapacité réelle ou supposée) »³⁵.

En conséquence de la reconnaissance de la qualité de sujet de droits, des avancées notables se sont produites pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Toutefois, des pierres d'achoppement demeurent : l'approche de la santé mentale fondée sur l'assistance n'a pas totalement disparu. Il convient d'examiner les manifestations de ce phénomène tout d'abord en matière de soins (A), puis au sein de la société (B).

³² *Ibid.* Propos de Christine Lazerges.

³³ T. Degener, citée dans A. Kämpf (2010), p. 133., in Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, *Placement involontaire et traitement involontaire de personnes souffrant de troubles mentaux*, 2012, p.9.

³⁴ Conseil des droits de l'homme, Résolution 32/18, *Santé mentale et droits de l'homme*, A/HRC/RES/32/18, 32^{ème} session, 1^{er} juillet 2016, p.2.

³⁵ Conseil des droits de l'homme, Rapport du HCDH, *op. cit.* (*supra* note 1), §5, p.4.

A. En matière de soins : conflits entre approche thérapeutique et modèle médical

« La folie, en un sens, est née au XIXe siècle. Du moins la folie en tant que catégorie médicale, « maladie mentale », analysée, décryptée et enfermée dans l'espace du savoir aliéniste et dans les murs, plus concrets, des asiles »³⁶.

En matière de soins de santé mentale, le modèle médical a prévalu depuis le début du XIXème siècle, lorsque le médecin allemand Johann Christian Reil élaborait le terme psychiatrie, qui signifie « *médecin de l'âme* »³⁷. L'enjeu pour les psychiatres est alors « *d'ouvrir un domaine nouveau d'expertise, en arrachant les aliénés aux empiriques, aux hommes de loi, aux philosophes et aux prêtres, et en les confiant à des médecins spécialistes, capables de les reconnaître et de les soigner* »³⁸. La psychiatrie se développa, connut des controverses et expérimenta plusieurs modèles (asile, psychothérapie institutionnelle...) mais garda le même objectif : celui de soigner les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Afin de soigner, le corps médical se focalise sur les caractéristiques médicales et symptômes des « *patients* », au détriment d'autres facteurs, sociaux ou environnementaux, et des besoins particuliers de chacun. Le modèle médical « *reflète une attitude sociale plus généralisée et plus profonde – la tendance à faire de l'individu lui-même un "problème" et à le considérer comme objet clinique* »³⁹, là où le modèle fondé sur les droits de l'homme : « *se fonde d'abord sur la dignité inhérente à l'être humain, et ensuite - mais seulement si c'est nécessaire -, sur ses caractéristiques médicales [...] il situe le "problème" principal non dans la personne elle-même, mais dans la société* »⁴⁰. C'est ce dernier modèle qui fut entériné par la CRPD ; l'article 1 alinéa 1 fait en effet du respect de la dignité des personnes en situation de handicap un principe fondamental, tandis que l'alinéa 2 reconnaît que le handicap résulte de l'interaction entre les incapacités de la personne et les barrières qui se dressent face à elle au sein de la société.

Si le modèle fondé sur les droits de l'homme a permis de révolutionner certaines pratiques (1), force est de constater que le modèle médical demeure bien présent par endroits (2).

³⁶ A. Fauvel, « Avant-propos » in revue *Romantisme* n° 141, Armand Colin, mars 2008, p. 3.

³⁷ « *L'étymologie du mot provient du mot grec psyche, qui signifie âme ou esprit, et iatros, qui signifie médecin (littéralement « médecine de l'âme »)* ». Institut national de la santé et de la recherche médicale, disponible sur : <https://histoire.inserm.fr/les-domaines-de-recherche/psychiatrie>

³⁸ J. Hochmann, *Histoire de la psychiatrie*, Que sais-je ?, 2013, p.3.

³⁹ G. Quinn et T. Degener, *Droits de l'homme et invalidité, L'utilisation actuelle et l'usage potentiel des instruments des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme dans la perspective de l'invalidité*, 2002, p.22.

⁴⁰ *Ibid.*

1. Les apports de l'approche fondée sur les droits de l'homme

Bien qu'une approche fondée sur les droits de l'homme ait commencé à se développer en matière de soins (avec l'émergence du droit à la santé), les soins de santé mentale sont restés en retrait de cette tendance. Ceci est notamment illustré par *l'observation générale n°14* du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, dans laquelle le Comité enjoint aux États de ne pas imposer « *des soins médicaux de caractère coercitif, sauf à titre exceptionnel pour le traitement de maladies mentales ou la prévention et la maîtrise de maladies transmissibles* »⁴¹. Le Comité précise ensuite que de tels soins doivent respecter les conditions posées par le droit en vigueur, dont les *Principes de 1991* font partie. Toutefois, l'insertion d'une telle exception est révélatrice du regard alors porté par la communauté internationale sur la santé mentale : il s'agit d'un pan de la santé où le corps médical doit garder son pouvoir décisionnel, quitte à pratiquer des actes médicaux sur des personnes sans recueillir le consentement de ces dernières. Les mesures de contention font notamment partie de ces actes médicaux. À ce titre, quatre types de contention sont recensés par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) : la contention physique (usage de la force par le personnel médical), la contention mécanique (usage d'instruments, comme des lanières), la contention chimique (forcer la personne à prendre des médicaments qui impactent son comportement) et l'isolement (enfermer la personne dans une chambre ou une pièce)⁴².

De fait, l'on comprend aisément que l'autorisation de la coercition, même à titre exceptionnel, ait pu conduire à des abus au sein des services de santé mentale.

De nombreuses violations des droits de l'homme ont ainsi pu être constatées dans ces services ; Manfred Nowak, alors Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, soulignait dans un rapport de 2008 que les personnes ayant des problèmes de santé mentale y « *sont souvent victimes d'indicibles humiliations, de négligences, de formes extrêmes de contention et d'isolement, ainsi que de violences physiques, mentales et sexuelles [...] subissent des traitements médicaux invasifs et irréversibles sans leur consentement* »⁴³, tels que la stérilisation, les électrochocs ou la prise de neuroleptiques.

⁴¹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels (DESC), *Observation générale n°14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du PIDESC)*, E/C.12/2000/4, 11 août 2000, §34, p.10.

⁴² CPT, *Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes (normes révisées du CPT)*, Conseil de l'Europe, 21 mars 2017, p.2.

⁴³ Assemblée générale, Rapport d'activité du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, A/63/175, 28 juillet 2008, §§38, 40, p.9.

Partant, le changement de modèle consacré par la CRPD visait notamment à faire cesser ces violations⁴⁴, en infirmant les normes qui l'ont précédée, tels que les *Principes de 1991* qui autorisaient sous certaines conditions les placements et traitements involontaires⁴⁵.

Plusieurs organisations et juridictions ont tâché de conférer une protection aux personnes qui subissaient des violations de leurs droits, préalablement ou en application de la CRPD : les Nations unies (a), le Conseil de l'Europe (b) et les hautes juridictions d'Amérique du Nord (c).

a. La protection conférée par les organes des Nations unies

La CRPD érige en son *article 3* plusieurs principes, parmi lesquels celui de l'autonomie individuelle des personnes en situation de handicap, qui comprend la liberté pour elles de faire leurs propres choix. En vertu de *l'article 25 d)*, les professionnels de santé doivent recueillir le consentement libre et éclairé des personnes pour pouvoir leur dispenser des soins, ce qui est par ailleurs réaffirmé par le Comité contre la torture dans l'une de ses observations finales⁴⁶.

La CRPD protège les personnes en situation de handicap contre la privation de liberté illégale ou arbitraire (*article 14*), la torture (*article 15*), la violence et la maltraitance - au titre de *l'article 16*, les États parties ont même une triple obligation : de prévenir la violence, de protéger ces personnes et de « *faciliter le rétablissement* » des victimes - et défend le respect de leur intégrité physique et mentale « *sur la base de l'égalité avec les autres* » (*article 17*).

Ces articles sont de véritables garanties que les personnes soient traitées avec dignité au sein des services de santé mentale, afin que les violations précédemment citées ne se reproduisent plus. Comme l'indiquait Catalina Devandas-Aguilar, alors Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées (Rapporteuse PH) dans un rapport de 2019 :

« Placer une personne dans un établissement de santé mentale contre son gré pour cause de maladie ou de trouble mental supposé est contraire au droit à la liberté et à la sécurité, et au principe du consentement libre et éclairé (art.25 d) [...] Si le placement forcé en institution donne lieu à un traitement sans consentement et à une prise de médicaments forcée, il constitue aussi une violation du droit à la sécurité de la personne, du droit à

⁴⁴ Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (Rapporteur SPM), A/HRC/35/21, 28 mars 2017, §11, p.4.

⁴⁵ Voir le Principe 11 sur le consentement au traitement et le Principe 16 sur le placement d'office.

⁴⁶ « *L'État partie devrait veiller à ce que les soins et les services de santé mentale assurés à toutes les personnes privées de liberté, y compris dans les prisons, les hôpitaux psychiatriques et les institutions sociales, reposent sur le consentement libre et éclairé de l'intéressé* ». Comité contre la torture, *Examen des rapports soumis par les États parties en application de l'article 19 de la Convention, Observations finales*, Finlande, CAT/C/FIN/CO/5-6, 29 juin 2011, §11, p.4.

l'intégrité de la personne (art.17) et du droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (art.15) »⁴⁷.

En effet, pour Manfred Nowak, administrer à une personne un traitement auquel elle n'a pas consenti risque de lui infliger une souffrance telle qu'elle peut s'apparenter à une forme de torture⁴⁸. Dans *l'affaire Viana Acosta contre Uruguay*, le Comité des droits de l'homme avait reconnu comme étant un traitement inhumain le fait d'imposer à un détenu « *des expériences psychiatriques et des injections de tranquillisants contre sa volonté* »⁴⁹.

Dès 1986, le premier Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Pieter Kooijmans, avait confirmé cela. Il avait reconnu comme torture l'administration forcée de médicaments entraînant de lourds effets secondaires, tels que des neuroleptiques. Ces derniers présentent le risque de déclencher divers troubles physiques (contractions, tremblements) et mentaux (apathie, inhibition de l'intelligence)⁵⁰.

Le Comité des droits des personnes handicapées veille lui aussi à la protection des personnes en situation de handicap, et se prononce en faveur de l'interdiction des traitements forcés. Il impose aux États parties de lui indiquer les « *mesures prises pour protéger efficacement les personnes handicapées contre toute expérimentation médicale ou scientifique sur leur personne sans leur consentement libre et éclairé [...] contre l'administration de tout traitement médical (ou autre) sans son plein consentement libre et éclairé* »⁵¹. En outre, il a par exemple recommandé à la Tunisie d'adopter une législation interdisant formellement le recours à la psychochirurgie ou au traitement forcé, c'est-à-dire administré sans la volonté du patient⁵².

Le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (Rapporteur SPM) déclare que : « *le statu quo, fait d'interventions biomédicales, notamment par le biais de médicaments psychotropes et de mesures non consenties, n'est plus défendable dans le cadre de l'amélioration de la santé mentale* »⁵³.

⁴⁷ Conseil des droits de l'homme, Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, A/HRC/40/54, 11 janvier 2019, §49, p.13.

⁴⁸ Rapport d'activité du Rapporteur spécial sur la torture, *op. cit.* (*supra* note 43), §63, p.17.

⁴⁹ *Ibid.*, Comité des droits de l'homme, *Antonio Viana Acosta c. Uruguay*, n°110/1981, 29 mars 1984.

⁵⁰ Commission des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, E/CN.4/1986/15, 19 février 1986, §119, p.33.

⁵¹ Comité des droits des personnes handicapées, *Directives concernant le document spécifique à l'instrument à soumettre en application du paragraphe 1 de l'article 35 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées*, CRPD/C/2/3, 18 novembre 2009, pp. 11-12.

⁵² Comité des droits des personnes handicapées, *Examen des rapports soumis par les États parties conformément à l'article 35 de la Convention, Observations finales*, Tunisie, CRPD/C/TUN/CO/1, 13 mai 2011, §29, p.5.

⁵³ Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur SPM, *op. cit.* (*supra* note 44), §10, p.4.

Afin de remédier aux soins de mauvaise qualité et aux nombreuses violations des droits de l'homme précédemment recensés dans les services de santé mentale, mais aussi de faire connaître la CRPD, l'OMS a élaboré en 2012 le Programme QualityRights.

Cette initiative « offre une nouvelle approche des soins de santé mentale axée sur les droits et le rétablissement »⁵⁴ et vise à soutenir les États dans la mise en place concrète de cette approche. À cette fin, ce programme se concentre sur cinq thèmes d'étude : « le droit à un niveau de vie adéquat et à la protection sociale ; le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible ; le droit d'exercer la capacité juridique et le droit à la liberté et à la sécurité de la personne ; le droit de ne pas être soumis à la torture [...] ni à l'exploitation, la violence... »⁵⁵.

Le Programme QualityRights propose en ce sens des outils de formation à destination des professionnels de santé, des usagers ou de toute personne intéressée. Ces formations traitent notamment de l'inclusion dans la communauté, du droit à la capacité juridique ou encore de la cessation des pratiques coercitives dans les soins de santé mentale. Un kit d'évaluation des services de santé mentale et un guide pour améliorer ces derniers complètent le dispositif⁵⁶.

Dès 2014, le Programme QualityRights a été introduit dans les services de santé mentale de l'État de Gujarat, en Inde. Il y a rencontré un vif succès, la formation proposée aux professionnels de santé ayant permis d'améliorer les soins de 49 500 personnes⁵⁷.

b. La protection conférée par le Conseil de l'Europe

De leur côté, les organes du Conseil de l'Europe ont considérablement fait avancer l'approche fondée sur les droits de l'homme pour les usagers des services de santé mentale, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et celles présentant un handicap psychosocial, et ce, bien avant l'élaboration par les Nations unies de la CRPD.

Déjà, la *Recommandation 818 (1977) relative à la situation des malades mentaux* adoptée par l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe déplorait les conditions d'internement dans les hôpitaux psychiatriques, ainsi que les abus qui avaient pu y être perpétrés⁵⁸ ; elle y soulignait également l'importance « du bien-être et des droits des malades »⁵⁹.

⁵⁴ OMS, *L'initiative QualityRights*, p.2.

⁵⁵ Santé mentale.fr, rubrique Actualités, *Le QualityRights Tool Kit disponible en français*, 23 juin 2016, disponible sur : <https://www.santementale.fr/2016/06/le-quality-rights-tool-kit-disponible-en-francais/>

⁵⁶ OMS, *L'initiative QualityRights*, op. cit. (supra note 54), pp.3-4.

⁵⁷ Mental Health innovation network, *QualityRights Gujarat*, disponible sur : https://www.mhinnovation.net/innovations/qualityrights-gujarat?qt-content_innovation=0#qt-content_innovation

⁵⁸ Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE), *Recommandation 818 (1977) relative à la situation des malades mentaux*, 12^{ème} séance, 8 octobre 1977, point 5.

⁵⁹ *Ibid.*, point 1.

La Cour EDH rend en 1979 un arrêt fondamental, *l'arrêt Winterwerp contre Pays-Bas*. Elle y déclare que le terme « aliéné » qui figure à *l'article 5 paragraphe 1 alinéa e)* de la CEDH n'est certes pas défini, mais que cette absence de définition n'autorise pas pour autant « à détenir quelqu'un du seul fait que ses idées ou son comportement s'écartent des normes prédominantes dans une société donnée »⁶⁰. Dans cet arrêt, la Cour EDH instaure en parallèle trois conditions pour encadrer la privation de liberté d'une personne ayant des problèmes de santé mentale : que son « aliénation » soit établie de manière probante, par une « expertise médicale objective » ; que l'internement soit rendu nécessaire par la gravité du trouble mental ; enfin, que la privation de liberté « ne peut se prolonger valablement sans la persistance de pareil trouble »⁶¹.

En 1983, le Comité des Ministres adopta la *Recommandation n° R(83)2 sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires*. Cette recommandation prévoit que le placement d'office ne peut se réaliser qu'« à défaut de tout autre moyen permettant d'administrer le traitement approprié »⁶², et seulement si la personne constitue un grave danger pour elle-même ou autrui. Elle rappelle que la décision de placement doit être prise par une autorité compétente, que la personne a le droit d'introduire un recours et qu'en « toutes circonstances, la dignité du patient doit être respectée »⁶³.

En 1987, le Conseil de l'Europe crée le CPT. Ce dernier a élaboré de nombreuses normes en matière de traitement forcé, notamment sur les moyens de contention⁶⁴.

Dans *l'arrêt Herczegfalvy contre Autriche*, la Cour EDH ne retient pas de violation de *l'article 3 de la CEDH* pour les conditions d'internement, mais reconnaît toutefois une violation de *l'article 8*, le refus d'acheminer la correspondance du requérant étant fondé sur des textes qui ne précisent pas l'étendue du pouvoir d'appréciation des autorités hospitalières en la matière. Pour la Cour, il apparaît pourtant nécessaire de limiter l'étendue de ce pouvoir, car dans les situations d'internement, « les intéressés se retrouvent souvent à la merci des autorités médicales, le courrier restant alors leur seul contact avec l'extérieur »⁶⁵.

L'Assemblée Parlementaire élabore en 1994 la *Recommandation 1235 sur la psychiatrie et les droits de l'homme*. Première recommandation à mentionner clairement les droits de l'homme dans le domaine psychiatrique, elle reconnaît l'œuvre de la Cour EDH et du CPT en la matière,

⁶⁰ Cour EDH, arrêt du 24 octobre 1979, *Winterwerp contre Pays-Bas*, req. n°6301/73, §37.

⁶¹ *Ibid.*, §39.

⁶² Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, *Recommandation n° R(83)2 sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires*, 22 février 1983, article 3, p.2.

⁶³ *Ibid.*, article 10, p.3.

⁶⁴ Voir notamment les normes révisées du CPT, *op. cit.* (*supra* note 42).

⁶⁵ Cour EDH, arrêt du 24 septembre 1992, *Herczegfalvy contre Autriche*, req. n°10533/83, §91.

confirme la *Recommandation n° R(83)2* et enjoint aux États membres de se doter de législations garantissant le respect des droits des usagers des services de santé mentale.

Trois ans plus tard, en 1997, la *Convention d'Oviedo* est signée. Son *article 7* dispose que les personnes ayant un problème de santé mentale ne peuvent se voir imposer un traitement sans leur consentement, sauf si « *l'absence d'un tel traitement risque d'être gravement préjudiciable à sa santé et sous réserve des conditions de protection prévues par la loi comprenant des procédures de surveillance et de contrôle ainsi que des voies de recours* ».

Le Comité des Ministres confirma les textes susmentionnés en établissant la *Recommandation Rec(2004)10 relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux*. Son chapitre III pose de nombreuses conditions en matière de placement et de traitement involontaires, afin d'encadrer au maximum ces pratiques.

Face au constat que 25% des européens sont touchés chaque année par un problème de santé mentale, début 2005, une conférence ministérielle européenne de l'OMS s'est tenue ; elle a abouti à la signature de la Déclaration et du Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe, documents qui traduisent le fort engagement des États en la matière. Vue comme « *le point de départ d'une multitude d'actions de santé mentale dans le contexte de la santé publique* »⁶⁶, la Conférence a entraîné l'élaboration d'un livre vert par la Commission européenne, dans lequel elle prône le renforcement de la coopération entre les États membres, et lance un vaste processus de consultation afin d'élaborer une « *stratégie communautaire sur la santé mentale* »⁶⁷.

L'année suivante, le Parlement européen entérine les résultats du livre vert par sa *Résolution sur l'amélioration de la santé mentale de la population*. Il y soutient « *que le recours à la force est contreproductif, tout comme la médication forcée* »⁶⁸ et « *qu'il convient d'éviter toute forme de restriction à la liberté des personnes, en particulier les mesures de contention* »⁶⁹.

En 2005, dans la *décision Schneider contre Suisse*, la Cour reconnaît que la médication forcée peut causer une ingérence dans la vie privée, et donc une violation de *l'article 8 de la CEDH*.

Le 15 septembre 2020, la Cour EDH a rendu *l'arrêt Aggerholm contre Danemark*. Dans cette affaire où le requérant avait été immobilisé durant 23 heures, la Cour reconnaît que cette contention n'avait été employée qu'en dernier recours, et qu'elle constituait le « *seul moyen*

⁶⁶ Liisa Hyssälä, Ministre finlandaise de la Santé et des Services sociaux, in Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS, *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions*, 2006, p. ix.

⁶⁷ Commission européenne, *Livre Vert, Améliorer la santé mentale de la population : Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne*, 14 octobre 2005, §7, p.13.

⁶⁸ Parlement européen, *Résolution sur l'amélioration de la santé mentale de la population - Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne*, 2006/2058(INI), 6 septembre 2006, point 33.

⁶⁹ *Ibid.*, point 34.

disponible pour prévenir une atteinte immédiate ou imminente à autrui »⁷⁰. Toutefois, elle critique le fait que les juridictions internes ne se soient pas questionnées sur la stricte nécessité du maintien de la contention durant 23 heures pour prévenir une telle atteinte.

La Cour juge que la stricte nécessité n'a pas été prouvée, et que cette mesure a constitué une atteinte à la dignité du requérant. Partant, elle retient une violation de *l'article 3 de la CEDH*.

c. La protection conférée par les hautes juridictions d'Amérique du Nord

Outre-Atlantique, plusieurs décisions méritent d'être mentionnées, en ce qu'elles ont constitué une avancée vers l'approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme.

La Cour Suprême canadienne a rendu en 2003 *l'arrêt Starson v. Swayze*⁷¹. Vivement débattu, cet arrêt a mis en lumière les critères de la capacité à consentir à un soin. La Cour conclut qu'un requérant qui nie avoir un problème de santé mentale est tout de même capable de choisir et de refuser un traitement ; il suffit qu'il soit apte à comprendre les informations et à évaluer les conséquences de son refus. Le fait d'avoir été placé sans consentement ne l'empêche pas de refuser un traitement, même si les médecins estiment qu'il est dans son intérêt de le prendre.

La Cour Suprême américaine a rendu dans les années soixante-dix deux décisions importantes en matière d'hospitalisation sous contrainte : *l'arrêt O'Connor v. Donaldson (1975)*, dans lequel elle décide que l'État ne peut hospitaliser une personne contre son gré alors que cette dernière pourrait vivre à l'extérieur sans être un danger pour elle-même ou pour autrui ; et *l'arrêt Addington v. Texas (1979)*, où elle déclare qu'il incombe à l'État de produire des preuves « *clear and convincing* » pour pouvoir hospitaliser une personne sans son consentement.

L'ONG PsychRights (Law Project for Psychiatric Rights), créée par l'avocat James Gottstein, a pour mission de lutter contre les traitements forcés, principalement l'administration forcée de médicaments et les électrochocs. Cette ONG a gagné cinq affaires devant la Cour Suprême de l'Alaska : désormais, l'État d'Alaska ne peut pas administrer un traitement à une personne contre son gré, sauf si c'est dans l'intérêt de celle-ci et s'il n'y a pas d'alternative plus douce (*Myers v. Alaska Psychiatric Institute, 2006*) ; l'hospitalisation sous contrainte n'est possible que si elle est strictement nécessaire (*Wetherhorn v. Alaska Psychiatric Institute, 2007*) ; et les garanties procédurales ont été renforcées (*Wayne B. v. Alaska Psychiatric Institute, 2008* ; *Bigley v. Alaska Psychiatric Institute, 2009* ; *In Re : Heather R., 2016*).

⁷⁰ Cour EDH, arrêt du 15 septembre 2020, *Aggerholm contre Danemark*, req. n° 45439/18, §98.

⁷¹ Supreme Court of Canada, *Starson v Swayze*, 2003 SCC 32, [2003] 1 S.C.R. 722.

Ainsi, grâce au travail d'activistes, de juridictions nationales et internationales, d'organisations internationales, puis avec l'élaboration de la CRPD, l'approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme a pu pleinement se développer pour protéger au mieux les individus. Toutefois, force est de constater que le modèle médical, de par sa longue application, demeure.

2. *La persistance du modèle médical*

« *Cependant, le secteur de la santé mentale continue d'être surmédicalisé* »⁷².

Le modèle médical se maintient, malgré la progression du modèle fondé sur les droits de l'homme, car persiste l'idée qu'il faut parfois imposer des soins à des personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas exprimer leur consentement. Dans son *observation générale n°6 sur l'égalité et la non-discrimination*, le Comité des droits des personnes handicapées est ainsi préoccupé par le fait que les États parties :

« *abordent encore le handicap sous l'angle caritatif et/ou médical, en dépit de l'incompatibilité de ces deux modèles de pensée avec la Convention. Le recours persistant à ces modèles dénote un manque de reconnaissance des personnes handicapées en tant que sujets de droit à part entière et en tant que détenteurs de droits* »⁷³.

Pourtant, des efforts avaient été entrepris pour limiter ce phénomène. Par exemple, dans son *observation générale n°14 portant sur l'article 12 du PIDESC*, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels autorise, certes, les soins coercitifs dans le cadre de traitement des maladies mentales, mais il érige avant tout en principe que le droit à la santé comporte plusieurs libertés, parmi lesquelles figure le droit « *de ne pas être soumis à la torture et de ne pas être soumis sans son consentement à un traitement ou une expérience médicale* »⁷⁴.

L'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, dans un rapport de 2012 intitulé *Placement involontaire et traitement involontaire de personnes souffrant de troubles mentaux*, explique que les auteurs de la CRPD souhaitaient interdire les traitements involontaires, en insérant une disposition en ce sens dans le texte de *l'article 17* ; mais après moult échanges, il a été décidé de consacrer seulement « *une formule courte qui « n'autorise pas expressément le traitement involontaire, ni ne l'interdit* » »⁷⁵. Selon l'International Disability Caucus, le réseau

⁷² Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur SPM, *op. cit.* (*supra* note 44), §19, p.6.

⁷³ Comité des droits des personnes handicapées, *Observation générale n°6*, *op. cit.* (*supra* note 17), §2, p.1.

⁷⁴ Comité des DESC, *Observation générale n°14*, *op. cit.* (*supra* note 41), §34, p.10.

⁷⁵ A. Kämpf (2010), p. 130 in Agence des droits fondamentaux, *op. cit.* (*supra* note 33), p.23.

international regroupant des organisations de personnes handicapées qui a joué un rôle clef lors de l'élaboration de la CRPD, il suffit de lire les *articles 12 et 25 de la CRPD* conjointement à *l'article 17* pour connaître la position de la CRPD sur les traitements involontaires⁷⁶.

Toutefois, ce choix de ne pas interdire expressément les traitements involontaires a pour conséquence de laisser aux États une marge de manœuvre étendue, et fait donc courir un plus grand risque de violations des droits des personnes en situation de handicap.

« *Ainsi, paradoxalement, l'hôpital, havre de soins, laisse se perpétrer et se perpétuer, au fond de ses unités, des pratiques qui s'apparentent, dans certaines conditions, à des traitements inhumains et dégradants* »⁷⁷. Les traitements involontaires peuvent être dispersés en quatre catégories : les placements involontaires (a), les stérilisations et avortements forcés (b), les traitements forcés (c), et les mesures de contention et d'isolement (d).

a. Les placements involontaires

Le placement involontaire, aussi appelé hospitalisation sans consentement, est une pratique qui consiste à placer une personne dans un établissement de santé mentale sans qu'elle y ait consenti, si cela est jugé nécessaire par le corps médical. Ce type de mesure ne concerne cependant pas les personnes inconscientes, lesquelles doivent être soignées en urgence.

Depuis l'émergence de la psychiatrie, les placements involontaires sont une pratique fréquente. En France, une loi de 1838 imposa la création d'un asile dans chaque département ; en un siècle le nombre de patients passa « *d'environ 10 000 individus en 1838 à plus de 110 000 en 1939, époque où les asiles étaient huit fois plus peuplés que les prisons de droit commun* »⁷⁸.

Surpopulation, vie en autarcie, faible probabilité de « guérison », traitements parfois violents... En France et dans le monde, les conditions de vie au sein des asiles étaient déplorables, et avaient été révélées par la journaliste Nellie Bly en 1887 et par le journaliste Albert Londres en 1925, qui résumait cette situation en ces termes : « *on leur ôte la vie sans leur donner la mort* »⁷⁹.

Des alternatives se développèrent, mais l'internement en hôpital psychiatrique resta le modèle prépondérant. Ce n'est que dans les années 60, lorsque les Européens découvrirent que, sous

⁷⁶ M. Schulze, *Comprendre la CRPD, op. cit. (supra note 29)*, p. 96.

⁷⁷ CGLPL, *Rapport Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Dalloz, 14 avril 2016, p.VIII.

⁷⁸ A. Fauvel, « Avant-propos », *op. cit. (supra note 36)*, p. 4.

⁷⁹ Voir extraits dans l'annexe.

l'Occupation, près de 45 000 patients étaient morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques français⁸⁰, que l'idée d'une désinstitutionnalisation s'imposa véritablement.

Pourtant de nos jours, les hôpitaux psychiatriques n'ont pas disparu, et il en va de même pour les placements involontaires, alors que de nombreuses voix s'élèvent contre ceux-ci.

Dans un rapport examiné par le Conseil des droits de l'homme en 2017, la Rapporteuse PH explique qu'avec le placement en institution, les personnes en situation de handicap sont considérées comme des objets car elles n'ont plus aucun contrôle sur leur vie⁸¹. Or, « *dans de nombreux pays, les prestataires de services affirment encore que le placement en institution est le meilleur moyen d'aider les personnes handicapées ; la seule façon dont les familles peuvent recevoir un appui pour accéder aux services de base est donc de recourir à cette pratique* »⁸².

Le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, dans un rapport intitulé *Santé mentale et droits de l'homme*, déplore que, même si l'article 14 b) de la CRPD interdit toute privation de liberté qui serait fondée sur le handicap, « *les personnes présentant un handicap psychosocial continuent de faire l'objet de mesures de placement de force en institution* »⁸³.

Le Comité des droits des personnes handicapées s'est également à plusieurs reprises prononcé en faveur de la désinstitutionnalisation et contre les placements involontaires⁸⁴.

Le Conseil des droits de l'homme, dans sa *résolution 36/13*, a affiché sa préoccupation quant à l'existence de « *mesures illégales ou arbitraires de placement en institution* »⁸⁵.

En 2019, la Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable de l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe a constaté une augmentation du recours aux placements involontaires chez les États membres. Cette augmentation, selon la Commission, « *résulte principalement d'une culture de l'enfermement* »⁸⁶ : par exemple en Angleterre, le taux de placements involontaires a augmenté de plus d'un tiers en seulement six ans.

La Commission souligne les effets néfastes du recours à la contrainte (souffrances, peur, évitement des services de santé mentale et donc risque d'aggravation de l'état de santé), mais

⁸⁰ Isabelle Von Bueltzingsloewen, *L'Hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007, 508 p.

⁸¹ Conseil des droits de l'homme, Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, A/HRC/34/58, 20 décembre 2016, §24, p.8.

⁸² *Ibid.*, §21, p.7.

⁸³ Conseil des droits de l'homme, Rapport du HCDH, *op. cit.* (*supra* note 1), §30, p.11.

⁸⁴ Voir notamment les observations finales du Comité sur l'Espagne (CRPD/C/ESP/CO/1, §36), sur la Chine (CRPD/C/CHN/CO/1, §26), et sur l'Argentine (CRPD/C/ARG/CO/1, §24).

⁸⁵ Conseil des droits de l'homme, Résolution 36/13, *Santé mentale et droits de l'homme*, 28 septembre 2017, p.2.

⁸⁶ Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable du Conseil de l'Europe, Rapport *Mettre fin à la contrainte en santé mentale : nécessité d'une approche fondée sur les droits humains*, Doc. 14895, 22 mai 2019, p.1.

elle indique qu'en dépit de ces derniers, « *en Europe, aucun système de santé mentale ne s'est encore reconverti à des pratiques pleinement consensuelles* »⁸⁷.

Par ailleurs, depuis 2013, le Comité de bioéthique (DH-BIO) du Conseil de l'Europe élabore un projet de protocole additionnel à la Convention d'Oviedo, « *relatif à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux à l'égard du placement et du traitement involontaires* », afin de combler les vides juridiques qui avaient pu être décelés chez les États membres en matière de placement et de traitement involontaires.

Toutefois, ce projet fait l'objet de vives critiques : en 2017, plusieurs titulaires de mandats au titre de procédures spéciales ainsi que le Comité des droits des personnes handicapées avaient dénoncé le langage stigmatisant employé, le manquement au principe de non-discrimination, ou encore la légitimation de l'usage de la force, et partant, sa non-conformité avec les dispositions de la CRPD. Ce constat a été renouvelé lors de la consultation organisée par le HCDH sur la santé mentale en mai 2018, ainsi qu'en mai 2021⁸⁸.

Quant à l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe, elle a conclu que le projet de protocole additionnel maintient un lien entre le problème de santé mentale et les mesures involontaires, ce qui est discriminatoire et rend donc ce projet contraire à la CRPD⁸⁹.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) et la CNCDH estiment que :

*« par le biais de sa définition du « trouble mental » et donc de la référence à la CIM [Classification internationale des maladies], ce protocole peut indirectement laisser la possibilité à des États Parties de réprimer les personnes transgenres par des placements contraints en établissements psychiatriques »*⁹⁰.

Ils ont enjoint à la diplomatie française de ne pas soutenir l'adoption de ce projet de protocole.

b. Les stérilisations et avortements forcés

Parmi les usagers des services de santé mentale, les femmes sont particulièrement exposées aux traitements involontaires, et notamment aux stérilisations ou avortements forcés.

⁸⁷ *Ibid.*, §5, p.7.

⁸⁸ HCDH, *Des experts des droits de l'homme de l'ONU exhortent le Conseil de l'Europe à mettre fin à la législation sur les mesures coercitives concernant la santé mentale*, 28 mai 2021, disponible sur : <https://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=27126&LangID=F>

⁸⁹ APCE, *Recommandation 2091, Arguments contre un instrument juridique du Conseil de l'Europe sur les mesures involontaires en psychiatrie*, 18^{ème} séance, 22 avril 2016, §8, p.2.

⁹⁰ CNCDH et CGLPL, *Observations concernant le projet de protocole additionnel à la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine relatif à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux à l'égard du placement et du traitement involontaires*, §5, p.5.

À l'origine, la stérilisation fut majoritairement utilisée pour servir des desseins eugénistes, à savoir empêcher la reproduction des personnes considérées comme « inférieures » pour que ne subsistent que les personnes considérées comme « supérieures ».

La première loi de ce type est américaine et date de 1907 : elle rendait obligatoire la stérilisation des criminels et des « faibles d'esprit ». Le Royaume-Uni (par une loi de 1923), le Canada et la Suisse (par des lois de 1928), la Suède (par une loi de 1935) ou encore le Japon (par une loi de 1940), actèrent à leur tour la stérilisation des personnes ayant un problème de santé mentale. L'Allemagne nazie développa considérablement la doctrine eugéniste : la *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*, littéralement *Loi pour la prévention de la descendance héréditaire*, est une loi de 1933 qui légalise la stérilisation forcée pour toute personne ayant une maladie jugée héréditaire, car il est estimé qu'il y a un risque élevé que ses descendants en souffrent également. Neuf « maladies » sont listées, parmi lesquelles : l'« imbécilité congénitale », la « folie cyclique », la schizophrénie, l'épilepsie, la maladie de Huntington et l'alcoolisme sévère. Quant aux avortements, ceux qui étaient pratiqués sur des femmes considérées comme supérieures étaient davantage réprimés (ils étaient même qualifiés de « trahison du peuple »⁹¹). En revanche, une circulaire secrète de 1934 dépénalisait l'avortement si une « descendance héréditairement malade » était prévisible ; un décret secret de 1940 alla même jusqu'à rendre obligatoire l'avortement pour les femmes considérées comme inférieures.

Suite à la Seconde Guerre Mondiale, ces pratiques ne cessèrent de se répandre dans le monde. À l'été 1997, le quotidien suédois Dagens Nyheter révéla par exemple que « plus de 62 000 personnes avaient été stérilisées en Suède par la contrainte entre 1935 et 1976 »⁹².

Les usagers des services de santé mentale étaient particulièrement ciblés, la stérilisation ayant parfois été posée comme condition pour pouvoir sortir d'un hôpital psychiatrique.

Avec l'adoption du Statut de Rome, la stérilisation forcée est mentionnée parmi les crimes de guerre - *article 2-b xxii*) pour les conflits armés internationaux et *article 2-e vi*) pour les conflits armés non internationaux -, les crimes contre l'humanité (*article 7-1 g*)), mais peut aussi constituer un génocide (*article 6 d*)). Quant aux avortements forcés, ces derniers peuvent constituer une « autre forme de violence sexuelle d'une gravité comparable », et également tomber dans le cadre des « mesures visant à entraver les naissances au sein du groupe »⁹³.

⁹¹ A. Giami, H. Leridon *et al.*, *Les enjeux de la stérilisation*, 2000, p.64.

⁹² M.-L. Colson, *Des stérilisations forcées dans toute la Scandinavie*, Libération, 27 août 1997, disponible sur : https://www.liberation.fr/planete/1997/08/27/des-sterilisations-forcees-dans-toute-la-scandinavie_212340/

⁹³ Article 7-1 g) et article 6 d) du Statut de Rome.

Les stérilisations et avortements forcés sont ainsi de graves violations des droits de l'homme. Dans un rapport de 2013, le Rapporteur spécial sur la torture rappelle que ces pratiques ont été reconnues comme constitutives de violations de *l'article 7 du PIDCP*⁹⁴.

Pourtant, ces pratiques n'ont pas disparu. Dans son rapport de 2017, le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme liste encore la stérilisation forcée parmi les « *nombreuses pratiques observées dans les établissements de santé mentale* »⁹⁵.

En 2017 également, la Rapporteuse PH dénonce le fait que sont particulièrement exposées à la stérilisation forcée : « *les femmes atteintes de déficiences intellectuelles et de handicaps psychosociaux, ainsi que celles qui sont placées dans des établissements [...] la stérilisation continue d'être pratiquée sur ce groupe de la population à un rythme trois fois plus élevé que pour le reste de la population* »⁹⁶. La Rapporteuse PH se réfère aux observations finales du Comité des droits des personnes handicapées concernant 37 États parties et l'Union européenne, prouvant de ce fait que cette pratique est encore répandue à travers le monde⁹⁷.

Quant aux avortements forcés, la Rapporteuse PH explique que les femmes ayant un handicap subissent des « *pressions* » pour avorter, et que des établissements « *avaient recours à des avortements forcés afin de contenir le nombre de leurs pensionnaires handicapées* »⁹⁸.

c. Les traitements forcés

À l'époque de la construction des premiers hôpitaux psychiatriques, « *les seuls traitements proposés aux patients psychotiques demeuraient l'internement et les « thérapies de chocs* » »⁹⁹.

Les chocs au cardiazol étaient courants, car on les croyait efficaces contre la schizophrénie.

C'est dans ce contexte que la psychochirurgie, qui peut se définir comme l'ensemble des opérations neurochirurgicales ayant pour but de soigner les problèmes de santé mentale, se développa. En 1935, le neurologue portugais Egas Moniz élaborait la leucotomie frontale, aussi appelée lobotomie, qui consiste à couper toute connexion entre les lobes frontaux et le reste du cerveau. Cette technique se banalisa considérablement à travers le monde, mais fut critiquée

⁹⁴ Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, A/HRC/22/53, 1^{er} février 2013, §§48 et 50, pp.12-13.

⁹⁵ Conseil des droits de l'homme, Rapport du HCDH, *op. cit.* (*supra* note 1), §33, p.12.

⁹⁶ Conseil des droits de l'homme, Rapport de la Rapporteuse PH, *Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133, 14 juillet 2017, §29, p.12.

⁹⁷ *Ibid.*, §30, p.13.

⁹⁸ *Ibid.*, §32, p.14.

⁹⁹ M. Lévêque, *Le renouveau d'une discipline controversée : la psychochirurgie* in Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences, Volume 12, février 2014, p.23.

pour sa dangerosité et son irréversibilité : elle est qualifiée de grave violation des droits de l'homme par le Rapporteur spécial sur le droit à la santé physique et mentale¹⁰⁰.

En 1938, le choc au cardiazol fut remplacé par le choc électrique : l'électroconvulsivothérapie était née, mais fut à son tour vivement critiquée pour les souffrances infligées.

Dans les années 1950, ces techniques furent délaissées au profit de la neuropharmacologie, et plus particulièrement de la découverte des neuroleptiques. Si la prise de ces médicaments psychotropes apparaît comme étant un traitement moins « barbare » que la psychochirurgie et les électrochocs, ces derniers peuvent entraîner plusieurs effets indésirables graves¹⁰¹.

Les autres types de médicaments psychotropes, tels que les antidépresseurs, les somnifères ou encore les psychostimulants, peuvent également présenter des effets secondaires indésirables. Ces traitements ont pu causer de grandes souffrances, exacerbées lorsque le traitement est forcé. Aussi, dans la *Recommandation 1235 (1994)* de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, le point 7.2.b encadre la lobotomie et l'électroconvulsivothérapie, prévoyant que ces traitements ne peuvent être réalisés :

« que si le consentement éclairé a été donné par écrit par le patient lui-même ou par une personne choisie par le patient pour le représenter, soit un conseiller soit un curateur, et si la décision a été confirmée par un comité restreint qui n'est pas composé uniquement d'experts psychiatriques ».

Une double condition est ainsi posée : le consentement éclairé et de la nécessité thérapeutique. Le Rapporteur spécial sur la torture avait, dans un rapport de 2013, souligné que « *les traitements médicaux invasifs et irréversibles dépourvus de fins thérapeutiques peuvent constituer un acte de torture ou de maltraitance s'ils sont administrés sans le consentement libre et éclairé* »¹⁰² de la personne en situation de handicap, peu importe la justification médicale donnée. Il y avait également contesté la « *doctrine de la nécessité médicale [...] un obstacle à la protection contre les pratiques arbitraires dans les établissements de soins* »¹⁰³. Dans la *Résolution 2291 (2019) Mettre fin à la contrainte en santé mentale : nécessité d'une approche fondée sur les droits humains*, l'Assemblée parlementaire rappelle les effets négatifs de la coercition en matière de traitement. Dans le point 3, elle déclare que les traitements par électrochocs ou médication qui sont administrés à la personne contre sa volonté font partie des traitements involontaires qui constituent des pratiques particulièrement traumatisantes.

¹⁰⁰ Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur SPM, *op. cit.* (*supra* note 44), §7, p.4.

¹⁰¹ Commission des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur spécial sur la torture, *op. cit.* (*supra* note 50).

¹⁰² Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur spécial sur la torture, *op. cit.* (*supra* note 94), §32, p.8.

¹⁰³ *Ibid.*, §35, p.8.

Ces traitements ne sont donc pas prohibés, mais soumis au consentement du patient.

La lobotomie est toujours pratiquée dans plusieurs pays, son recours est très encadré ; les traitements par électrochocs sont toujours pratiqués, mais sous anesthésie générale du patient.

Toutefois, les traitements forcés demeurent d'actualité : par exemple en 2014, le Comité des droits des personnes handicapées critique dans son *observation finale sur le Danemark* le recours encore fréquent aux traitements forcés par électrochocs¹⁰⁴.

Parmi les « *nombreuses pratiques observées dans les établissements de santé mentale* »¹⁰⁵ qui constituent des violations de la CRPD, le HCDH mentionne en 2017 « *la médication forcée et la surmédication (y compris toute médication administrée sous des prétextes fallacieux et sans informer des risques)* »¹⁰⁶. La même année, le Conseil des droits de l'homme s'est dit très préoccupé, notamment par « *la médicalisation excessive et les pratiques thérapeutiques non respectueuses de leur autonomie, de leur volonté et de leurs préférences* »¹⁰⁷.

Enfin, en 2017 également, le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible alerte sur l'augmentation de l'utilisation des médicaments psychotropes à travers le monde, en dépit de leur efficacité discutable¹⁰⁸.

d. L'isolement et la contention

« *L'agité peut être calmé ou réduit. On ne lui demande pas ce qu'il préfère. Si l'on n'a pas le temps de le calmer, on le réduit. Quand on le juge assez réduit, parfois on le calme. [...]*

Les médecins réduisent par la camisole, le ficelage sur le lit, le cabanon et le drap mouillé ».

C'est en ces termes que le journaliste Albert Londres décrit une pratique critiquable mais pourtant courante dans les hôpitaux psychiatriques à cette époque : les mesures de contention.

La contention peut être physique, mécanique, chimique ou une mesure d'isolement¹⁰⁹.

Par isolement, « *on entend toutes les situations où le patient est placé, sur décision d'un médecin ou d'un soignant, dans un espace fermé qu'il ne peut ouvrir, qu'il s'agisse de la propre chambre d'hospitalisation du patient ou d'une pièce prévue à cet effet* »¹¹⁰.

¹⁰⁴ Comité des droits des personnes handicapées, *Observations finales concernant le rapport initial du Danemark*, CRPD/C/DNK/CO/1, 30 octobre 2014, §38, p.6.

¹⁰⁵ Conseil des droits de l'homme, Rapport du HCDH, *op. cit. (supra note 1)*, §33, p.12.

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ Conseil des droits de l'homme, Résolution 36/13, *op. cit. (supra note 85)*.

¹⁰⁸ Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur SPM, *op. cit. (supra note 44)*, §19, p.6.

¹⁰⁹ CPT, *normes révisées du CPT*, *op. cit. (supra note 42)*.

¹¹⁰ CGLPL, Rapport *Isolement et contention*, *op. cit. (supra note 77)*, p.2.

Les mesures de contention sont pratiquées depuis la création des hôpitaux psychiatriques, par le personnel médical sur des patients qui seraient susceptibles de porter atteinte à eux-mêmes ou à autrui : comme l'explique le CPT, « *la MCI [mise en chambre d'isolement] (ou toute mesure similaire) et la mise sous contention sont des mesures extrêmes qui peuvent être prises afin de faire face à un risque imminent de blessures ou un état de violence aiguë* »¹¹¹.

Toutefois bien souvent, ces mesures étaient aussi employées lorsque les moyens étaient faibles et que le personnel manquait pour pouvoir veiller sur l'ensemble des patients.

Les effets négatifs de ces mesures sont notoires : les témoignages de personnes ayant été placées à l'isolement ou en contention révèlent « *un vécu majoritairement négatif, peu de ressentis d'apaisement et de sécurité, une reviviscence de scènes traumatisantes et un vécu de punition, d'abus* »¹¹². Dans un rapport de 2016, le CGLPL a exprimé son inquiétude : « *ces effets ne peuvent que nuire à la prise en charge et constituer un frein au développement de l'alliance thérapeutique voire à l'accès aux soins lors d'un épisode de crise ultérieure* »¹¹³.

Au vu de ses effets hautement négatifs sur les patients, des réglementations ont été prises pour limiter et encadrer le recours à ces mesures coercitives. Ainsi, le CPT rappelle que ces mesures doivent être expressément prescrites par un médecin, qu'elles doivent être utilisées en dernier recours et qu'elles doivent être levées dès qu'elles n'apparaissent plus comme nécessaires¹¹⁴.

Rappelons à ce titre *l'affaire Aggerholm contre Danemark*, dans laquelle la Cour EDH a retenu une violation de *l'article 3 de la CEDH* car une contention qui s'est prolongée durant 23 heures sans qu'elle soit strictement nécessaire a porté atteinte à la dignité du requérant.

Si l'image du docteur Philippe Pinel ôtant les chaînes des patients de l'hôpital Bicêtre en 1793 fut véhiculée pendant de nombreuses décennies, et qu'une approche plus humaine des soins s'était développée, force est de constater que les mesures de contention sont d'actualité.

En France par exemple, le CGLPL, qui visite régulièrement des lieux où des personnes sont enfermées (comme les établissements de santé mentale), a dénoncé en 2016 le fait que l'isolement et la contention sont des pratiques qui y sont encore très courantes, malgré les graves violations des droits fondamentaux qu'elles peuvent entraîner : « *ces contraintes physiques*

¹¹¹ CPT, *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le CPT du 28 novembre au 10 décembre 2010*, CPT/Inf (2012) 13, 19 avril 2012, §172, p.76.

¹¹² R. Carré *et al.*, *Contention physique en psychiatrie : étude qualitative du vécu des patients*, in *L'Information psychiatrique*, volume 93, n°5, mai 2017, p.394.

¹¹³ CGLPL, *Rapport Isolement et contention*, *op. cit.* (*supra* note 77), p.49.

¹¹⁴ CPT, *Rapport au Gouvernement de la République française*, *op. cit.* (*supra* note 111).

*constituent, à tout le moins, une atteinte maximale à la liberté de circulation. La manière dont elles sont mises en œuvre est souvent humiliante, indigne, parfois dangereuse »*¹¹⁵.

Ainsi, « *l'utilisation de moyens de contention* » figure dans la liste des « *nombreuses pratiques observées dans les établissements de santé mentale* »¹¹⁶ dénoncées par le HCDH en 2017.

Le Comité des droits des personnes handicapées affirme lui aussi la nécessité « *de mettre fin à la mise à l'isolement et à l'utilisation de moyens de contention, aussi bien physiques que pharmacologiques* »¹¹⁷ et critique régulièrement les États parties sur cette question¹¹⁸.

Le 6 octobre 2020, l'ONG Human Rights Watch a publié un rapport, appelé « *Vivre enchaîné : L'usage des chaînes pour contenir les personnes ayant un handicap psychosocial dans le monde* »¹¹⁹, dans lequel il est révélé que dans une soixantaine de pays issus des quatre coins de la planète, « *des centaines de milliers d'hommes, de femmes et d'enfants ayant des problèmes de santé mentale ont été enchaînés ou enfermés dans des endroits étroits au moins une fois dans leur vie* »¹²⁰, durant des semaines, des mois voire de nombreuses années.

Malgré les critiques adressées à ces mesures coercitives, l'isolement et la contention demeurent des pratiques toujours en vigueur dans de nombreux pays : en résulte de graves violations.

Ainsi que le souligne le Rapporteur spécial sur le droit à la santé physique et mentale, « *on nous a fait croire que les médicaments et autres interventions biomédicales constituaient la meilleure solution aux problèmes de santé mentale* »¹²¹. En conséquence, il est bien difficile d'éradiquer totalement le modèle médical en matière de soins de santé mentale, malgré les importantes violations que ce modèle peut causer, et malgré le fait qu'il contrevienne à la CRPD.

Il convient à présent d'examiner les implications de cette approche fondée sur l'assistance pour la personne ayant des problèmes de santé mentale qui vit au sein de la société.

B. Au sein de la société : conflits entre approche inclusive et modèle sécuritaire

¹¹⁵ CGLPL, Rapport *Isolement et contention*, *op. cit.* (*supra* note 77), p.VIII.

¹¹⁶ Conseil des droits de l'homme, Rapport du HCDH, *op. cit.* (*supra* note 1), §33, p.12.

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ Voir notamment les observations finales du Comité sur l'Autriche (CRPD/C/AUT/CO/1, §32, p.6), le Mexique (CRPD/C/MEX/CO/1, §31, p.6) et le Danemark (CRPD/C/DNK/CO/1, §38, p.6).

¹¹⁹ K. Sharma *et al.*, *Living in chains : Shackling of People with Psychosocial Disabilities Worldwide*, Human Rights Watch, 6 octobre 2020, disponible sur : <https://www.hrw.org/report/2020/10/06/living-chains/shackling-people-psychosocial-disabilities-worldwide>

¹²⁰ *Ibid.* Traduit de l'anglais : « *hundreds of thousands of men, women, and children with mental health conditions have been shackled—chained or locked in confined spaces—at least once in their lives* ».

¹²¹ Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur SPM, *op. cit.* (*supra* note 44), §19, p.6.

Comme l'explique Gérard Quinn, l'actuel Rapporteur PH : « *ce que nous pouvions faire contre la volonté d'une personne en situation de handicap était trop large jusqu'à maintenant - probablement à cause du présupposé que les personnes n'étaient pas tant des sujets que des objets avec lesquels on peut intervenir avec une certaine marge de manœuvre* »¹²².

Surmonter ce présupposé est un enjeu qui se pose en matière de soins mais aussi au sein de la société. Depuis le Moyen-Âge, la personne ayant des problèmes de santé mentale est qualifiée de « fou » ; elle fait peur, elle inquiète la population, si bien qu'elle fut rapidement enfermée aux côtés d'autres « indésirables » : « *si les énoncés du XVIIème siècle inscrivent la folie comme l'extrême degré de la déraison, l'asile ou internement l'enveloppe dans un ensemble qui unit les fous aux vagabonds, aux pauvres, aux oisifs, à toutes sortes de dépravés* »¹²³.

Il y a ainsi un « *geste épistémologique et social d'enfermer un exclu pour créer l'espace qui rend possible l'ordre d'une raison* »¹²⁴. En France, le philosophe Michel Foucault mentionnait un décret de 1656 créant un « hôpital général » qui permet d'enfermer les personnes ayant des problèmes de santé mentale avec des pauvres et des criminels. Dans ce lieu, répression et charité sont mêlées, ce qui alimente la confusion quant au but de ces structures : punir ou aider ?

Contrairement aux criminels cependant, les personnes ayant des problèmes de santé mentale étaient généralement enfermées pour une durée indéterminée, souvent à vie. Comme l'écrit Albert Londres : « *il est préférable pour un homme d'être bandit que fou. Quand le bandit a purgé sa peine, on lui ouvre la porte de la prison sans lui demander s'il recommencera !* »¹²⁵.

De nos jours, si les progrès de la psychiatrie ont permis de comprendre ce que sont les problèmes de santé mentale, il y a toujours une crainte des populations. En cause notamment, notre croyance, « *héritage des « Lumières* » », que la rationalité gouverne chacun d'entre nous, et que « *si la rationalité est détrônée, alors survient le chaos* »¹²⁶. En cause également, certaines affaires criminelles, et plus particulièrement leur traitement médiatique, qui ont contribué à renforcer des préjugés déjà bien ancrés et à adopter des lois plus répressives.

Partant, le concept de dangerosité s'est développé, ce qui signifie qu'« *une grande partie de la première législation sur la santé mentale avait été conçue dans l'intention de protéger le public*

¹²² G. Quinn, *Une interprétation controversée, La personne et ses capacités : quelques perspectives sur le changement de paradigme de l'article 12* in B. Eyraud et al., *Choisir et agir pour autrui, Controverse autour de la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées*, 2018, p.25.

¹²³ G. Deleuze, *Foucault* in A. Fossier, *Le grand renfermement*, Tracés. Revue de Sciences humaines, 1 | 2002, disponible sur : <http://journals.openedition.org/traces/4130>

¹²⁴ M. De Certeau, *L'invention du quotidien. Arts de faire* in A. Fossier, *Le grand renfermement*.

¹²⁵ A. Londres, *Chez les fous*, disponible sur : https://fr.wikisource.org/wiki/Chez_les_fous/Texte_entier

¹²⁶ G. Quinn, *Une interprétation controversée, op. cit.* (supra note 122), p.23.

des malades "dangereux" et de les isoler du public, plutôt que pour promouvoir les droits des personnes atteintes de troubles mentaux en tant que personnes et citoyens »¹²⁷.

En dépit des avancées confirmées par la CRPD en faveur de l'inclusion des personnes ayant des problèmes de santé mentale au sein de la société (1), le modèle sécuritaire continue d'impacter fortement la vie de ces personnes et de leur entourage (2).

1. L'inclusion dans la société grâce à l'approche fondée sur les droits de l'homme

L'OMS, dans son Ouvrage de référence sur la santé mentale, déclarait qu'« *une législation qui protège les citoyens vulnérables (y compris les personnes atteintes de troubles mentaux) est le reflet d'une société qui se respecte et prend soin d'elle-même* »¹²⁸. Elle soulignait en cela la nécessité de modifier les premières législations sur la santé mentale, lesquelles se concentraient davantage sur la potentielle dangerosité des personnes plutôt que sur leurs droits.

Le passage d'une logique d'éloignement à une logique de protection est fondamental, car « *celui qui est complètement irrationnel n'en est pas moins une personne* »¹²⁹. Ainsi, l'approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme permet avant tout de concevoir la personne ayant des problèmes de santé mentale comme une personne qui a sa place au sein de la société. Cette personne, au même titre que les autres, a le droit de faire ses propres choix et ses propres erreurs. Cette logique a longtemps été malmenée, car la personne ayant des problèmes de santé mentale, en ce qu'elle est présumée être irrationnelle, jouit en effet d'un droit à l'erreur moindre que les autres individus. Gérard Quinn dénonce à ce titre une « *profonde contradiction à tolérer des choix extrêmement pauvres pour des personnes « non handicapées » d'un côté, et mettre la barre excessivement haut pour des personnes « handicapées »* »¹³⁰.

Fort heureusement, la CRPD a acté un changement de paradigme, notamment en son *article 12* qui reconnaît à ces personnes la personnalité juridique ainsi que la capacité juridique.

Si la reconnaissance de la personnalité juridique pour les personnes en situation de handicap n'est pas nouvelle, celle de leur capacité juridique a été source de débats parfois houleux.

Par ailleurs, la personne ayant des problèmes de santé mentale était souvent enfermée, moins pour ce qu'elle avait potentiellement commis que pour son état de santé, avéré ou non.

¹²⁷ M. Freeman, S. Pathare *et al.*, *Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation*, Bibliothèque de l'OMS, 2005, p.1.

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ G. Quinn, *Une interprétation controversée*, *op. cit.* (*supra* note 122), p.24.

¹³⁰ *Ibid.*, p.27.

Le passage d'une logique d'éloignement à une logique de protection signifie ne pas la priver de sa liberté sur la base de son état de santé ; *l'article 14 de la CRPD* s'en assure.

Il convient à présent d'examiner comment les différents organismes de protection des droits de l'homme ont composé avec ce changement de paradigme, en particulier les Nations unies (a), le Conseil de l'Europe (b) et les organisation et juridictions extra-européennes (c).

a. La protection conférée par les organes des Nations unies

« *Chacun a le droit à la reconnaissance en tous lieux de sa personnalité juridique* ».

Ce principe est énoncé à la fois à *l'article 6 de la DUDH* et à *l'article 16 du PIDCP*, ce qui traduit sa grande importance aux yeux des organes de protection des droits de l'homme. Ainsi, tout individu est titulaire de droits et de devoirs du seul fait de son existence.

Pourtant, « *le droit à une personnalité juridique propre est souvent négligé dans le contexte de la santé mentale* »¹³¹. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont souvent empêchées de prendre des décisions pour elles-mêmes si elles sont placées dans des régimes de tutelle, ce qui réduit leur aptitude à être titulaires, et surtout à exercer leurs droits et obligations. Par ailleurs, du fait de leur pouvoir étendu, ces régimes de tutelle peuvent être abusifs : des mises sous tutelle non justifiées par l'état de santé, des escroqueries, des négligences... « *la notion de tutelle est souvent utilisée abusivement pour priver de leur capacité juridique et ce, sans aucune garantie procédurale* »¹³² des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Dans un premier temps, sans remettre en cause ces régimes – leur fonction principale étant de protéger la personne ainsi que ses biens¹³³ – les organes de protection des droits de l'homme des Nations unies ont tenté de limiter les abus, en posant de solides garanties procédurales.

Dès 1971, la *Déclaration des droits du déficient mental* prévoit la nécessité de protéger la personne contre les abus. La procédure pour limiter ou supprimer les droits de la personne se compose d'une évaluation réalisée par des experts qualifiés, de révisions périodiques et d'un droit de faire appel de la décision de limitation ou de suppression des droits¹³⁴.

Les *Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale* confirment les révisions périodiques ainsi que le droit de faire appel, et ajoutent le droit d'être représenté, le droit d'être entendu « *équitablement par un tribunal indépendant et impartial* »¹³⁵. Ils encadrent

¹³¹ Rapport du Secrétaire général, *op. cit.* (*supra* note 20), §15.

¹³² *Ibid.*

¹³³ Article 5 de la Déclaration des droits du déficient mental.

¹³⁴ Article 7 de la Déclaration des droits du déficient mental.

¹³⁵ Principe 1 6).

également la « *décision de maladie mentale* », en disposant qu'elle doit être fondée sur les « *normes médicales acceptées sur le plan international* »¹³⁶ et pas sur des considérations autres. Concernant la privation de liberté qui pouvait injustement frapper les personnes ayant des problèmes de santé mentale, la DUDH posait en ses *articles 3 et 9* une protection contre la détention arbitraire. Par la suite, dans son *observation générale n°8 de 1982*, le Comité des droits de l'homme a reconnu que le *paragraphe 1 de l'article 9 du PIDCP*, qui interdit aussi la détention arbitraire, « *s'applique à tous les cas de privation de liberté, qu'il s'agisse d'infractions pénales ou d'autres cas tels que, par exemple, les maladies mentales...* »¹³⁷.

Le Comité estime qu'il en va de même pour le *paragraphe 4 de l'article 9*, qui énonce que tout individu a le droit de saisir un tribunal pour vérifier la légalité de sa détention¹³⁸.

Cela offre une solide protection pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale contre la détention arbitraire ; cette protection est par ailleurs consolidée par les *Principes de 1991*.

La *CRPD de 2006* renforce davantage l'interdiction de la détention arbitraire concernant les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Son *article 14* dispose en effet « *qu'en aucun cas l'existence d'un handicap ne justifie une privation de liberté* ».

Son *article 12* permet quant à lui de remettre en cause les régimes des tutelles, ce qui n'avait pas été fait jusqu'alors ; avec cet article, « *le passage de la prise de décision par substitution à la prise de décision assistée a été atteint. Il [l'article 12] incarne les principes juridiques de la vie autonome, de l'exercice de l'autonomie et de la liberté de faire ses propres choix* »¹³⁹.

Pour que ce passage soit effectif, les États parties doivent, selon l'*article 12 paragraphe 3*, « *donner aux personnes handicapées accès à l'accompagnement dont elles peuvent avoir besoin pour exercer leur capacité juridique* ». La première observation générale du Comité des droits des personnes handicapées est dédiée à cet article ; il y indique aux États parties comment assurer l'accès des personnes en situation de handicap à une prise de décision assistée.

D'après le *paragraphe 17* de ce texte, l'accompagnement peut revêtir plusieurs formes : une déclaration de volonté anticipée, un groupe de soutien par les pairs, un interprète en langue des signes... Il doit dans tous les cas « *respecter les droits, la volonté et les préférences des personnes handicapées et ne devrait jamais équivaloir à une prise de décisions substitutive* »¹⁴⁰.

¹³⁶ Principe 4 1).

¹³⁷ Comité des droits de l'homme, *Observation générale n° 8 : Article 9 (Droit à la liberté et la sécurité de la personne)*, 16^{ème} session, 30 juin 1982, §1, p.1.

¹³⁸ *Ibid.*

¹³⁹ M. Schulze, *Comprendre la CRPD, op. cit. (supra note 29)*, p.75.

¹⁴⁰ Comité des droits des personnes handicapées, *Observation générale n°1, Article 12, Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité*, CRPD/C/GC/1, 19 mai 2014, §17, p.5.

Plus de dix ans après l'adoption de la CRPD, les principes énoncés par ses *articles 12 et 14* sont fréquemment réaffirmés par divers organes de droits de l'homme des Nations unies.

Sur la capacité, le Rapporteur spécial sur le droit à la santé mentionne le stéréotype dont sont victimes les personnes ayant des problèmes de santé mentale, à savoir leur incapacité à prendre des décisions ; il affirme ensuite que « *ce stéréotype est désormais régulièrement mis à mal, car ces personnes prouvent qu'elles peuvent vivre de façon indépendante lorsqu'on leur en donne les moyens grâce à une protection juridique et à un soutien appropriés* »¹⁴¹.

Sur l'interdiction de la détention discriminante - car fondée sur le handicap de la personne -, dans ses observations finales, le Comité des droits des personnes handicapées a à plusieurs reprises recommandé aux États parties de prendre toutes les mesures possibles, notamment d'abroger ou de réviser des dispositions législatives, afin que « *nul ne puisse être détenu dans un établissement, quel qu'il soit, sur la base d'un handicap réel ou supposé* »¹⁴².

Le HCDH a confirmé cela, assurant que « *les personnes présentant un handicap psychosocial ne devraient pas être arbitrairement privées de leur liberté en raison de leur déficience, pas même au motif qu'elles pourraient constituer un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* »¹⁴³.

b. La protection conférée par le Conseil de l'Europe

Le Conseil de l'Europe, comme vu précédemment, s'est rapidement investi dans la défense et la promotion des droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Outre les diverses recommandations établies depuis la fin des années 1970 ou encore le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe, les observateurs soulignent que l'apport principal du Conseil de l'Europe en matière de droit à la santé mentale réside dans la CEDH, mais également dans les jurisprudences de la Commission EDH et de la Cour EDH¹⁴⁴.

Concernant la détention, la Cour EDH, dans *l'arrêt Winterwerp contre Pays-Bas* précité, reconnaît une violation de *l'article 5 paragraphe 4 de la CEDH* car :

« *le requérant ne fut jamais associé, en personne ou par le truchement d'un représentant, aux procédures qui conduisirent aux diverses autorisations d'internement décernées*

¹⁴¹ Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur SPM, *op. cit.* (*supra* note 44), §25, p.8.

¹⁴² Comité des droits des personnes handicapées, *Observations finales concernant le rapport initial du Danemark*, *op. cit.* (*supra* note 104), §37, p.6 ; voir, *mutatis mutandis*, les observations finales sur la Suède (CRPD/C/SWE/CO/1, §36, p.5) et sur la Tunisie (CRPD/C/TUN/CO/1, §25, p.5).

¹⁴³ Conseil des droits de l'homme, Rapport du HCDH, *op. cit.* (*supra* note 1), §23, p.9.

¹⁴⁴ P. Bernardet *et al.*, *Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers*, *op. cit.* (*supra* note 16), p. 201.

*contre lui : on ne le renseigna pas sur leur déroulement ni sur leur résultat ; les tribunaux ne l'entendirent pas et il n'eut pas l'occasion de plaider sa cause »*¹⁴⁵.

Cela a privé le requérant de son droit d'introduire un recours devant un tribunal.

La Cour concède même que pour des personnes ayant des problèmes de santé mentale, des « *garanties spéciales de procédure* »¹⁴⁶ devraient s'imposer pour les protéger.

Par la suite, plusieurs arrêts ont précisé et renforcé les garanties procédurales relatives à la détention de personnes ayant des problèmes de santé mentale. Par exemple, *l'arrêt Megyeri contre Allemagne* rendu en 1992 prévoit qu'une personne placée dans un établissement de santé mentale doit bénéficier de l'assistance d'un avocat dans les procédures concernant le maintien, la levée temporaire ou la fin de son placement ; seules des circonstances exceptionnelles peuvent s'opposer à cela¹⁴⁷. Dans *l'arrêt Witold Litwa contre Pologne* rendu en 2000, la Cour EDH déclare que « *la privation de liberté est une mesure si grave qu'elle ne se justifie que lorsque d'autres mesures, moins sévères, ont été considérées et jugées insuffisantes pour sauvegarder l'intérêt personnel ou public* »¹⁴⁸. Elle retient une violation de *l'article 5 §1 e)* car les autorités n'avaient pas envisagé de prendre des mesures moins sévères que la détention.

En 2005, dans *l'arrêt Storck contre Allemagne*, la Cour EDH, soulignant le risque élevé d'abus dans le domaine de l'internement, décrète qu'un internement non autorisé par une décision de justice n'est pas légal et constitue donc une violation de *l'article 5 paragraphe 1*¹⁴⁹.

Pour la Cour EDH dans *l'arrêt Nenov contre Bulgarie*, constitue une violation du droit au procès équitable protégé par *l'article 6 paragraphe 1* le fait de ne pas accorder une aide judiciaire au requérant alors qu'il en avait besoin : « *l'importance particulière de l'enjeu pour l'intéressé – la possibilité de garder un lien réel avec ses enfants –, combinée à la nature même de son mal – une maladie psychique – imposait l'octroi d'une aide judiciaire* »¹⁵⁰.

Concernant la capacité juridique, la question de la tutelle avait été examinée dès 1981. En effet, dans la *décision X. contre Allemagne*, la Commission européenne des droits de l'homme (Commission EDH) déclare que placer quelqu'un sous tutelle, même de façon temporaire, confère au tuteur le pouvoir de prendre des décisions sur des questions personnelles, comme

¹⁴⁵ Cour EDH, arrêt du 24 octobre 1979, *Winterwerp contre Pays-Bas*, *op. cit.* (*supra* note 60), §61.

¹⁴⁶ *Ibid.*, §60.

¹⁴⁷ Cour EDH, arrêt du 12 mai 1992, *Megyeri c. Allemagne*, req. n°13770/88, §23.

¹⁴⁸ Cour EDH, arrêt du 4 avril 2000, *Witold Litwa contre Pologne*, req. n°26629/95, §§78-80.

¹⁴⁹ Cour EDH, arrêt du 16 juin 2005, *Storck c. Allemagne*, req. n°61603/00, §§106 et 112.

¹⁵⁰ Cour EDH, arrêt du 16 juillet 2009, *Nenov c. Bulgarie*, req. n°33738/02, §52.

choisir le traitement médical de la personne placée, et que cela « *constitue une ingérence dans l'exercice du droit au respect de la vie privée, droit garanti par l'article 8, paragraphe 1* »¹⁵¹.

Dans la *décision A.G. contre la Suisse* de 1997, la Commission EDH confirme cela, mais ajoute qu'il n'y a pas de violation de *l'article 8* si l'ingérence respecte les dispositions de *l'article 8 paragraphe 2*, c'est-à-dire si « *elle est prévue par la loi, inspirée par un but légitime et nécessaire dans une société démocratique pour atteindre ce dernier* »¹⁵². Il est toutefois rappelé qu'en matière d'ingérence, les États disposent d'une marge d'appréciation¹⁵³.

Dans *l'arrêt Chtoukatourov contre Russie* rendu en 2008, la Cour EDH rappelle que dans des affaires portant sur leur hospitalisation forcée et leur capacité juridique, les personnes ayant des problèmes de santé mentale « *doivent avoir la possibilité d'être entendus soit en personne soit, si nécessaire, en étant représentés d'une manière ou d'une autre* »¹⁵⁴. Par ailleurs, elle dénonce la particulière gravité de l'atteinte portée au requérant. Il était placé en « incapacité totale », car aucun régime n'existait alors entre la pleine capacité et l'« incapacité totale », ce qui le rendait totalement dépendant de sa tutrice ; alors que « *l'existence d'un trouble mental, même grave, ne peut à elle seule justifier que l'on déclare le malade totalement incapable* »¹⁵⁵.

Dans cet arrêt, la Cour recommande à l'État partie d'examiner la *Recommandation n°R (99) 4 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe sur les principes concernant la protection juridique des majeurs incapables*, qui permettrait « *peut-être de définir une norme européenne commune dans ce domaine* »¹⁵⁶, et avec laquelle ses lois entrent en contradiction. Comportant des normes de fond et de procédure, cette recommandation suggère notamment aux États d'agir pour préserver au maximum la capacité juridique ; selon le principe 3 paragraphe 1 :

« le cadre législatif devrait, dans toute la mesure du possible, reconnaître que différents degrés d'incapacité peuvent exister et que l'incapacité peut varier dans le temps. Par conséquent, une mesure de protection ne devrait pas automatiquement conduire à une restriction totale de la capacité juridique. Toutefois, une limitation de cette dernière devrait être possible lorsqu'elle apparaît de toute évidence nécessaire à la protection de la personne concernée ».

¹⁵¹ Commission EDH, décision du 5 mai 1981, *X. contre République Fédérale d'Allemagne*, req. n°8509/79.

¹⁵² Commission EDH, décision du 9 avril 1997, *A.G. c. la Suisse*, req. n°28605/95.

¹⁵³ *Ibid.*

¹⁵⁴ Cour EDH, arrêt du 27 mars 2008, *Chtoukatourov c. Russie*, req. n° 44009/05, §71.

¹⁵⁵ *Ibid.*, §94.

¹⁵⁶ *Ibid.*, §95.

En 2009, dans *l'arrêt Berková contre Slovaquie*, la Cour EDH retient une violation de l'article 8, au motif que refuser d'examiner la demande de la requérante de retrouver sa pleine capacité juridique pendant trois années constitue une atteinte disproportionnée à sa vie privée¹⁵⁷.

c. La protection conférée par les organisations et juridictions extra-européennes

Des organisations et juridictions extra-européennes ont elles aussi adopté une position favorable à l'inclusion des personnes ayant des problèmes de santé mentale au sein de la société.

Historiquement, ces personnes sont invisibilisées et peu écoutées, a contrario du corps médical. Face à ce rapport de pouvoir déséquilibré entre le soigné et le soignant « *le recours au droit [...] en rendant visible l'image et la parole, peut constituer un puissant véhicule de reconnaissance sociale. À la faveur des chartes et des instruments internationaux, les tribunaux ont contribué de manière substantielle au développement de protections* »¹⁵⁸.

Le cadre juridique cherche « *à rééquilibrer ce rapport de pouvoir en favorisant l'expression de la volonté des patients, même lorsque celle-ci va à l'encontre des avis médicaux* »¹⁵⁹.

Au Canada, la *partie XX.1 du Code criminel* a complété les verdicts de culpabilité ou de non-culpabilité par une troisième voie : le « *verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux* ». D'après les autorités, ce verdict sert à la fois à protéger le public et à assurer un traitement adéquat à l'accusé ayant des problèmes de santé mentale. La *partie 672.54* dispose qu'une Commission de révision a le pouvoir de décider si cet accusé doit bénéficier d'une libération, absolue ou conditionnelle, ou d'une détention préventive.

En 2004, dans *l'arrêt R. contre Demers*, la Cour Suprême canadienne jugea cette disposition inconstitutionnelle, car pour l'individu considéré comme étant inapte à subir un procès de façon permanente, cette disposition ne lui offrait « *aucun espoir d'une libération, même s'il était établi qu'il ne représentait aucun danger pour le public* »¹⁶⁰. Ainsi, « *son assujettissement continu au processus pénal donne au texte législatif une portée excessive* »¹⁶¹, et constitue une violation de *l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés* relatif au droit à la liberté.

¹⁵⁷ Cour EDH, arrêt du 24 mars 2009, *Berková c. Slovaquie*, req. n°67149/01, §172.

¹⁵⁸ E. Bernheim, G. Chalifour et R.-A. Laniel, *La santé mentale en justice – invisibilité et déni de droits : une étude statistique de la jurisprudence en autorisation de soins*, 2016 9-2 *Revue de droit et santé de McGill* 337, p.342, disponible sur : <https://canlii.ca/t/834>

¹⁵⁹ *Ibid.*, p.345.

¹⁶⁰ D. Norman Weisstub et J. Arboleda-Flórez, *Les droits en santé mentale au Canada : une perspective internationale*, revue *Santé mentale au Québec*, printemps 2006, p.26, disponible sur : <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2006-v31-n1-smq1322/013683ar/>

¹⁶¹ Cour Suprême du Canada, *R. c. Demers*, 2004 CSC 46, 30 juin 2004, p. 491.

Dans un autre arrêt de 2004, la Cour d'appel du Québec rappela que l'« *existence d'une maladie mentale n'écarte pas, à elle seule, la capacité et l'autonomie d'une personne* »¹⁶².

Des chercheurs ont étudié la jurisprudence canadienne, et ils ont constaté que les personnes ayant des problèmes de santé mentale rencontraient divers obstacles lorsqu'ils refusaient l'administration de traitements. En effet, la croyance erronée d'une corrélation entre problème de santé mentale et incapacité à prendre des décisions :

*« discrédite de facto les interprétations et les opinions des défendeurs tout en confirmant le fait qu'il est souhaitable et légitime que d'autres prennent des décisions pour eux. Paradoxalement, l'exercice par les personnes souffrant de troubles mentaux du droit au refus de soins, soit la mise en œuvre du droit à l'intégrité, semble concourir à faire la preuve d'une certaine inaptitude permettant de transgresser leur volonté »*¹⁶³.

Face à ce constat, la Cour d'appel du Québec a rendu en 2015 un arrêt dans lequel elle attaque ouvertement cette association réalisée entre problème de santé mentale et inaptitude : « *[l]e seul fait que les soins proposés apparaissent au juge, à première vue, être dans l'intérêt d'une personne qui les refuserait, ne permet jamais de conclure à l'incapacité de cette personne. Il en va de même du fait qu'elle exprime un avis différent de celui de son médecin* »¹⁶⁴.

En Afrique, la *Charte ADHP* prévoit en son *article 3* une « *totale égalité devant la loi* » ainsi qu'une « *égale protection de la loi* » à l'égard de « *toutes les personnes* ». Les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont protégées par cet article, mais on peut regretter qu'elles ne soient pas mentionnées expressément alors même qu'elles sont particulièrement invisibilisées. Le *Protocole à la Charte ADHP* a été conçu pour répondre à cet enjeu. Rappelant dans son préambule plusieurs instruments régionaux et internationaux, parmi lesquels la *Charte internationale des droits de l'homme* et la *CRPD* ; reconnaissant aux personnes handicapées « *une dignité inhérente et une autonomie individuelle, notamment la liberté de faire leurs propres choix* »¹⁶⁵, ce Protocole est un instrument juridique contraignant doté de 44 articles. Cet instrument est innovant : il comporte des dispositions réservées aux femmes et filles en situation de handicap, choisit une approche intersectionnelle et enjoint aux États parties de lutter contre la discrimination que peuvent subir les proches des personnes en situation de handicap.

¹⁶² LP c. Cité de la santé de Laval in *La santé mentale en justice, op. cit. (supra note 158)*, p.364.

¹⁶³ E. Bernheim, G. Chalifour et R.-A. Laniel, *La santé mentale en justice, op. cit. (supra note 158)*, p.372.

¹⁶⁴ FD c. Centre universitaire de santé McGill in *La santé mentale en justice, op. cit. (supra note 158)*, p.373.

¹⁶⁵ Préambule et article 3 a) du Protocole à la Charte ADHP relatif aux droits des personnes handicapées en Afrique.

Parmi ces articles, *l'article 7* apparaît particulièrement pertinent. Il reconnaît en effet aux personnes en situation de handicap une capacité juridique égale à celles des autres individus, et si besoin un soutien pour exercer cette capacité juridique qui doit être respectueux de leurs droits et volontés. Il pose également le « *droit de détenir des documents d'identité [...] de posséder ou d'hériter des biens [...] de contrôler leurs propres affaires financières* »¹⁶⁶.

Par ailleurs, « *les politiques et les lois ayant pour objet ou pour effet de limiter ou de restreindre l'exercice de la capacité juridique des personnes handicapées sont révisées ou abrogées* »¹⁶⁷.

Quant à son *article 9*, il affirme le droit à la liberté des personnes en situation de handicap.

Son alinéa 5 dispose, conformément à *l'article 14 de la CRPD*, que « *l'existence d'un handicap réel ou apparent ne saurait en aucun cas justifier la privation de liberté* ».

Bien que ce Protocole ne soit pas entré en vigueur, faute d'avoir été signé par suffisamment d'États membres de l'Union Africaine, il constitue une grande avancée pour les personnes en situation de handicap, notamment en ce qu'il conforte les *articles 12 et 14 de la CRPD*.

Ainsi, les démarches entreprises par les organes des Nations unies, ceux du Conseil de l'Europe ou encore par les organisations et juridictions extra-européennes montrent une réelle volonté des acteurs des droits de l'homme de reconnaître la pleine capacité juridique et l'interdiction de la détention arbitraire des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

En dépit de ces avancées, le modèle sécuritaire plane encore sur nos systèmes juridiques.

2. La persistance du modèle sécuritaire

*« Un peu de déviance est parfois le symptôme d'une perversion totale qui n'a pas encore explosé. La vieille sagesse paysanne se contentait d'avertir : « Qui vole un œuf vole un bœuf » – et elle châtiât en conséquence. Les modernes ont mis en forme criminologique cette méfiance ancestrale, et c'est la théorie de l'état dangereux : le menu fait symptomatique devrait être soigné, sinon puni, non pour le peu qu'il est, mais pour l'abîme qu'il dévoile »*¹⁶⁸.

La dangerosité n'est pas un concept récent ; les États ont très tôt envisagé de se protéger contre tout ce qui pourrait menacer l'équilibre social. Il y a deux types de dangerosité :

¹⁶⁶ Article 7 §2 f), g) et h) dudit Protocole.

¹⁶⁷ Article 7 §2 e) dudit Protocole.

¹⁶⁸ J. Carbonnier, *De peu, de tout et de rien*, in Études offertes à René Rodière, Paris, Dalloz, 1981, p. 47.

« la dangerosité psychiatrique a été définie comme une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale alors que la dangerosité criminologique est un phénomène psycho-social caractérisé par des indices révélateurs de la très grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens »¹⁶⁹.

Le risque de passage à l'acte (commission d'un crime ou d'une récidive) est jugé élevé.

La dangerosité *« apparaît comme un droit sur des individus pour ce qu'ils sont et non ce qu'ils ont fait, mettant l'accent davantage sur la dangerosité et le risque que sur la culpabilité »¹⁷⁰.*

Historiquement, dans la plupart des sociétés, les personnes ayant des problèmes de santé mentale étaient considérées – à tort – comme dangereuses pour la sûreté publique, et elles demeurent souvent perçues de cette façon. En effet, comme l'a dénoncé le CGLPL :

« les représentations populaires ont la peau dure : dans l'imagerie collective le « fou » a ses pages, difficilement modifiables. C'est, en tout cas [...] un perturbateur potentiellement (ou en tant que tel ?) violent et dangereux. Les esprits les plus amènes se soucient de sa dangerosité pour lui-même, d'autres s'alarment, et surtout alarment sur sa dangerosité pour autrui »¹⁷¹.

La persistance du modèle sécuritaire au sein de nos sociétés a trois conséquences pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale : leur capacité juridique est remise en question (a), elles sont enfermées pour leur potentielle dangerosité (b), et elles sont stigmatisées (c).

a. Des questionnements autour de la capacité juridique

Dans son ouvrage de référence sur la santé mentale, l'OMS a dénoncé le fait que des pays avaient adopté des législations autorisant des tutelles de longue durée pour des personnes ayant des problèmes de santé mentale qui n'étaient pas dangereuses *« mais qui sont incapables de s'occuper d'elles-mêmes, ce qui a aussi abouti à une violation de droits de l'homme »¹⁷².*

Si le Comité des droits des personnes handicapées dédia sa première observation générale à l'article 12 de la CRPD, lequel reconnaît la capacité juridique aux personnes en situation de handicap, c'est tout d'abord parce que cet article provoque un changement de paradigme important et que le Comité avait à cœur qu'il soit correctement mis en œuvre, mais aussi et surtout parce qu'il a été la source de nombreux débats. En effet, de nombreux pays avaient mis

¹⁶⁹ M. Voyer et al., *Dangerosité psychiatrique et prédictivité in L'information psychiatrique*, août 2009, p.746.

¹⁷⁰ P. Currat, *Le criminel dangereux et l'émergence d'un « droit pénal de l'ennemi »*, Le Temps, 18 septembre 2013, disponible sur : <https://www.letemps.ch/opinions/criminel-dangereux-lemergence-dun-droit-penal-lennemi>

¹⁷¹ CGLPL, *Rapport Isolement et contention*, op. cit. (supra note 77), p.3.

¹⁷² M. Freeman, S. Pathare et al., *Ouvrage de référence*, op. cit. (supra note 127), p.1.

en place des systèmes de prise de décision substitutive, par exemple des régimes de tutelle ou de curatelle, et refusaient d'y renoncer. Lors du débat relatif à l'élaboration de *l'article 12*, ils :

*« ont tenté de justifier cette position en citant des situations « extrêmes » et / ou de personnes dans un état de coma prolongé, ce qui à leurs yeux nécessitait une « substitution » totale dans le processus de prise de décision. L'un des défis majeurs consistait à démontrer que si le soutien pouvait varier de 0 à 100%, le taux le plus élevé de cette échelle était rarement atteint lorsqu'un système de soutien adéquat est effectivement mis en place »*¹⁷³.

Huit ans après l'adoption de la CRPD, le Comité des droits des personnes handicapées constate :

*« l'existence d'un malentendu général en ce qui concerne la portée exacte des obligations des États parties au titre de l'article 12 [...] il n'a généralement pas été compris que la conception du handicap axée sur les droits de l'homme suppose le passage d'un système de prise de décisions substitutive à un système de prise de décisions assistée »*¹⁷⁴.

Dans son *observation générale n°1*, le Comité fournit donc des indications pour interpréter *l'article 12* conformément aux principes de la CRPD. C'est en ce sens qu'il se prononce en faveur de l'abolition des *« systèmes de prise de décisions substitutive comme la tutelle, la curatelle et les lois relatives à la santé mentale qui permettent le traitement forcé »*¹⁷⁵, et qu'il écrit que *« la capacité juridique est un attribut universel inhérent à la personne humaine »*¹⁷⁶.

Si ce choix a fait de nombreux adeptes, notamment parmi les juristes, beaucoup d'autres personnes (juristes, professionnels de santé mentale ou encore anthropologues) le critiquent.

Ils considèrent que cela pourrait porter atteinte aux personnes visées plutôt que les aider¹⁷⁷, car elles se verraient privées de soins à des moments critiques, violant ainsi leur droit à la santé.

Le psychiatre américain Paul Stuart Appelbaum, dans sa contribution à l'ouvrage *« Choisir et agir pour autrui ? Controverse autour de la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées »*, avance que *l'article 12 « représente un assaut radical contre les manières traditionnelles de protéger les personnes incapables »*¹⁷⁸. Il déplore le manque de

¹⁷³ M. Schulze, *Comprendre la CRPD*, op. cit. (supra note 29), p.76.

¹⁷⁴ Comité des droits des personnes handicapées, *Observation générale n°1*, op. cit. (supra note 140), §3, p.2.

¹⁷⁵ *Ibid.*, §7, p.3.

¹⁷⁶ *Ibid.*, §8, p.3.

¹⁷⁷ B. Eyraud, C. Hanon et J. Minoc, *Introduction générale. Les enjeux sociaux d'une controverse internationale* in B. Eyraud et al., *Choisir et agir pour autrui*, op. cit. (supra note 122), p.5.

¹⁷⁸ P. Appelbaum, *Il y a toutes sortes de droits : les problèmes posés par l'article 12 et son interprétation* in B. Eyraud et al., *Choisir et agir pour autrui*, op. cit. (supra note 122), p.37.

participation de professionnels de la santé mentale à l'élaboration du texte, car en conséquence, « *la perspective « des survivants » l'a emporté* »¹⁷⁹, rendant le texte peu équilibré.

Il estime, comme nombre de professionnels de la santé mentale, qu'une abolition des régimes de tutelle ou des hospitalisations sans consentement pourrait aggraver la situation de certaines personnes ayant des problèmes de santé mentale, car ces dernières se retrouveraient alors « *sans défense au nom de l'autonomie* »¹⁸⁰. En ce sens, le psychiatre Pierre Pichot avait affirmé que ne pas hospitaliser une personne qui refuse de l'être est une attitude « *monstrueuse* »¹⁸¹, comparant cette situation avec celle d'une personne dans le coma qui ne peut donner son accord. Nombre de soignants avancent ainsi agir dans l'intérêt de la personne ayant un problème de santé mentale, et le fort décalage qu'il peut y avoir entre le droit et la réalité sur le terrain.

Pierre Bouttier, mandataire judiciaire à la protection des majeurs, expliquait bien ce dualisme :

*« s'il est insupportable que l'on puisse disposer pour autrui, il doit être aussi intolérable qu'il ne se passe rien : la représentation doit subsister comme levier de dernier recours. Prendre des décisions pour autrui, en prenant au mieux en considération ce qui reste des souhaits de la personne, est une forme de soin qu'il serait bien paradoxal d'interdire ! »*¹⁸².

Outre les professionnels de santé, les États se sont également globalement montrés réticents à l'abandon des systèmes de prise de décisions par substitution. Lors des négociations de l'article 12, bon nombre d'entre eux se sont opposés aux propositions des organisations de personnes handicapées tendant à contester ces systèmes. Par exemple le Canada, soutenu par plusieurs États, a proposé qu'il soit toujours possible de retirer la capacité juridique d'une personne à condition que la décision soit prise par une autorité impartiale et indépendante¹⁸³.

Depuis l'adoption de la CRPD, étant encore habitués à ces systèmes, seulement quelques États y ont effectivement renoncé au profit des mesures d'accompagnement¹⁸⁴.

À titre d'exemple, la France avait, alors que l'*observation générale n°1* était encore en projet, formulé un commentaire où elle désapprouvait cette observation du Comité. Elle s'est vivement opposée à l'abolition du système de prise de décisions par substitution, le jugeant nécessaire

¹⁷⁹ *Ibid.*, p.49.

¹⁸⁰ *Ibid.*, p.51.

¹⁸¹ P. Bernardet *et al.*, *Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers*, *op. cit.* (*supra* note 16), p.216.

¹⁸² P. Bouttier, *Entre demande sociale de protection et accompagnement à l'exercice des droits : le point de vue d'un mandataire* in B. Eyraud *et al.*, *Choisir et agir pour autrui*, *op. cit.* (*supra* note 122), p.83.

¹⁸³ B. Eyraud et A. Béal, *Le processus d'ancrage territorial des droits humains : l'exemple de la convention de l'ONU sur les droits des personnes handicapées*, *Annales de géographie*, volume 737, n°1, 2021, p.92.

¹⁸⁴ N. Bisson *et al.*, *L'application de la Convention internationale des droits des personnes handicapées : une dynamique d'état pour une évolution sociétale*, EHESP, Module interprofessionnel de santé publique, 2020, p.18.

dans certaines situations où la personne est dans l'incapacité d'exprimer son consentement (en reprenant notamment l'exemple des personnes qui sont placées dans le coma)¹⁸⁵.

Par ailleurs, la persistance des systèmes de prise de décisions par substitution chez les États parties ainsi que le maintien de certains traitements forcés attestent du fait que la capacité juridique des personnes ayant des problèmes de santé mentale est toujours débattue.

b. Des internements fondés sur la « dangerosité »

« Si le juriste étudie le problème des malades mentaux sous l'angle de la liberté et de la dignité des individus et sous celui de la protection de leurs intérêts civiques et économiques, le médecin l'étudie sous l'angle du traitement médical et de la réintégration sociale. L'internement psychiatrique révèle ainsi un dualisme permanent entre l'individu et la société. C'est pourquoi il incombe à l'État, par le biais du législateur, de tempérer ce dualisme et de concilier à la fois la protection des malades mentaux et celle de la société »¹⁸⁶.

Si la CRPD interdit formellement les privations de liberté fondées sur le handicap en son *article 14*, en pratique de nos jours, de nombreuses personnes ayant des problèmes de santé mentale se voient privées de leur liberté d'aller et venir partout dans le monde. Le CGLPL identifie parmi les responsables de ce phénomène le discours politique fortement orienté vers la sécurité, qui stigmatise la personne ayant des problèmes de santé mentale *« non pour sa souffrance mais pour sa dangerosité. Les médias relaient le message selon lequel la société doit s'en protéger et une partie de la profession s'en empare et y répond par le retour à la mise à l'isolement »¹⁸⁷*. Les médias sont également responsables, en ce que le fort traitement médiatique de certaines affaires criminelles à travers le monde a pu alimenter le discours politique sécuritaire ambiant et les peurs déjà répandues chez les populations. En réaction à ces peurs, les autorités jugent nécessaire d'adopter de nouvelles mesures sécuritaires. L'internement tire alors sa légitimité de la dangerosité présumée de la personne ayant des problèmes de santé mentale.

C'est ainsi que des mesures telles que la rétention de sûreté ont émergé dans nos systèmes juridiques. La rétention de sûreté peut se définir comme le fait de détenir un individu dans une structure autre qu'un établissement pénitentiaire (en France, dans un centre socio-médico-

¹⁸⁵ Commentaire de la France sur le projet d'observations générales du Comité des droits des personnes handicapées, relatif à l'article 12 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, p.1.

¹⁸⁶ P. Bernardet *et al.*, *Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers*, *op. cit.* (*supra* note 16), p.213.

¹⁸⁷ CGLPL, *Rapport Isolement et contention*, *op. cit.* (*supra* note 77), p.5.

judiciaire) une fois sa peine d'emprisonnement terminée, car les autorités estiment qu'il y a de grands risques que cet individu ne récidive une fois sorti. Il n'est donc plus détenu pour ce qu'il a fait, mais pour ce qu'il pourrait potentiellement faire s'il était remis en liberté.

Selon le CGLPL, dans un avis de 2015 sur la loi française :

« il s'agit bien là d'une conception nouvelle du droit de la peine, qui supprime le lien objectif entre culpabilité et responsabilité, entre infraction et sanction, au profit de la notion de dangerosité. La loi permet ainsi de maintenir indéfiniment une personne enfermée au motif qu'elle présenterait une probabilité très élevée de récidive, associée à un trouble grave de la personnalité »¹⁸⁸.

Il dénonce le fait que la rétention de sûreté a un caractère subjectif (comment évaluer une probabilité très élevée ? Quel degré de gravité pour le trouble grave de la personnalité ?), et qu'elle contrevient à plusieurs principes qui existent en droit pénal français, notamment au principe de la légalité des délits et des peines et au principe de proportionnalité des peines.

Instaurée en 1933 en Allemagne, son utilisation connut un regain en 1998 ; la France l'incorpora dans son système juridique en 2008. Cette année-là, le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, Thomas Hammarberg, réalisa un rapport sur la France. Dans celui-ci, il s'inquiète de la mise en place de la rétention de sûreté. Il souligne que la notion de dangerosité n'est pas définie juridiquement, ce qui peut entraîner un risque d'arbitraire dans les décisions rendues, et que cette mesure devrait être mise en œuvre en dernier recours¹⁸⁹.

La même année, le Comité des droits de l'homme des Nations unies s'est dit préoccupé par l'instauration de la rétention de sûreté, et a estimé que cette mesure pourrait entrer en conflit avec les *articles 9, 14 et 15 du PIDCP* ; il a demandé à la France de la réexaminer¹⁹⁰.

La position de la Cour EDH était attendue sur la question, car si elle considère que la détention de sûreté n'est pas une peine, alors les garanties de *l'article 7 paragraphe 1 de la CEDH* ne trouvent pas à s'appliquer, notamment le principe de non-rétroactivité de la loi pénale¹⁹¹.

Dès l'année suivante, soit en 2009, la Cour EDH rendit *l'arrêt M. contre Allemagne*.

¹⁸⁸ CGLPL, Avis du 5 octobre 2015 relatif à la rétention de sûreté, Journal officiel de la République française, p.4.

¹⁸⁹ Mémoire de Thomas Hammarberg, Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe faisant suite à sa visite en France du 21 au 23 mai 2008, CommDH(2008)34, 20 novembre 2008, §§59-63, p.13.

¹⁹⁰ Comité des droits de l'homme, *Examen des rapports soumis par les États parties conformément à l'article 40 du pacte*, Observations finales sur la France, CCPR/C/FRA/CO/4, 31 juillet 2008, §16, pp.4-5.

¹⁹¹ M. Recotillet, *Application rétroactive de la détention de sûreté allemande*, Dalloz, 18 décembre 2018, disponible sur : <https://www.dalloz-actualite.fr/flash/application-retroactive-de-detention-de-surete-allemande>

En l'espèce, la détention de sûreté du requérant s'était prolongée suite à un changement législatif survenu après sa mise en détention de sûreté. La Cour EDH juge qu'il y a violation de *l'article 5 paragraphe 1*, car cette prolongation ne se justifie par aucun alinéa de celui-ci¹⁹².

La Cour juge aussi qu'il y a violation de *l'article 7 paragraphe 1* : elle qualifie la détention de sûreté de « *peine* ». En effet, elle n'est pas si différente de la peine initiale (notamment en ce qu'elle était exécutée dans un établissement pénitentiaire ordinaire) ; partant, sa prolongation constitue une « *peine supplémentaire qui a été prononcée contre lui rétroactivement* »¹⁹³.

Cependant en 2015, dans *l'arrêt Berland contre France*, la Cour EDH ne retient pas de violation de *l'article 7*. Contrairement à la détention de sûreté allemande qui avait un but punitif plutôt que préventif, la rétention de sûreté française s'effectue dans un « *centre hospitalier spécialisé* » et elle est identifiée comme étant une mesure préventive. Ce n'est donc pas une peine au sens de *l'article 7 paragraphe 1*¹⁹⁴, en dépit de ce qu'avaient pu prédire certains spécialistes¹⁹⁵.

En 2016, dans *l'arrêt Bergmann contre Allemagne*, la Cour EDH ne retient pas de violation de *l'article 5 paragraphe 1*, au motif que la détention de sûreté est légale et tombe dans le champ de l'alinéa e)¹⁹⁶. Elle ne retient pas non plus de violation de *l'article 7 paragraphe 1* ; même si elle considère que la détention de sûreté allemande peut toujours être qualifiée de peine, la Cour estime que la nécessité de traiter les graves problèmes de santé mentale du requérant confère un aspect préventif à la détention de sûreté. La mesure ne constitue plus une peine¹⁹⁷.

En 2018, la Grande Chambre rend *l'arrêt Ilmseher contre Allemagne*, qui conforte *l'arrêt Bergmann*¹⁹⁸ : en effet, elle ne retient pas de violation de *l'article 7 paragraphe 1*, car il y a là aussi nécessité de traiter les graves problèmes de santé mentale du requérant. Partant, « *l'élément punitif de la détention de sûreté et son lien avec l'infraction commise [...] ont été effacés au point que dans ces circonstances la mesure n'était plus constitutive d'une peine* »¹⁹⁹.

Des spécialistes ont pu s'inquiéter de cette évolution jurisprudentielle, qui opère une distinction parmi les détentions de sûreté : les « ordinaires » qui constituent une peine, et les « extraordinaires » qui concernent les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

¹⁹² Cour EDH, arrêt du 17 décembre 2009, *M. contre Allemagne*, req. n° 19359/04, §§100-105.

¹⁹³ *Ibid.*, §135.

¹⁹⁴ Cour EDH, arrêt du 3 septembre 2015, *Berland contre France*, req. n° 42875/10, §46.

¹⁹⁵ R. Parizot, *Chapitre III. CEDH, X contre France : la rétention de sûreté devant la Cour européenne des droits de l'homme* in G. Giudicelli-Delage, C. Lazerges, *La dangerosité saisie par le droit pénal*, 2011, pages 97 à 116.

¹⁹⁶ Cour EDH, arrêt du 7 janvier 2016, *Bergmann contre Allemagne*, req. n° 23279/14, §133.

¹⁹⁷ *Ibid.*, §§181-182.

¹⁹⁸ Cour EDH [GC], arrêt du 4 décembre 2018, *Ilmseher contre Allemagne*, req. n°(s)10211/12, 27505/14, §238.

¹⁹⁹ *Ibid.*, §236.

Dans ce dernier cas, la visée thérapeutique de la mesure éclipse le qualificatif de peine²⁰⁰, ce qui permet de l'appliquer de façon rétroactive et d'échapper à la protection de l'article 7.

c. Une stigmatisation permanente

La dernière conséquence majeure de la persistance du modèle sécuritaire au sein de nos sociétés est celle de la stigmatisation permanente des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Selon le CGLPL, l'individu présentant des problèmes de santé mentale « ne bénéficie pas de la représentation qui s'attache à toute maladie : souffrance, fragilité, besoin de soins et de compassion. Il évoque au contraire l'incompréhension, l'imprévisibilité, la violence et finalement, la dangerosité »²⁰¹. Les problèmes de santé mentale sont aussi parfois considérés comme une preuve de faiblesse, ou comme le signe d'une présence surnaturelle²⁰². Ces préjugés ne sont pas récents, et ont vraisemblablement été renforcés en Occident avec le système asilaire, lequel enfermait toutes les personnes jugées indésirables avec de faibles espoirs de sortie.

Au fil du temps, le discours politique sécuritaire et le traitement médiatique de certains crimes ont entretenu ces préjugés dans les esprits. À titre d'exemple, en 2018, 83% des Français, 90% des pharmaciens et 77% des médecins généralistes français considéraient que la schizophrénie est une « maladie dangereuse », mais parallèlement, 82% des Français, 71% des pharmaciens et 50% des médecins généralistes disaient être mal informés sur la schizophrénie²⁰³.

De nos jours, si le système asilaire a largement été remis en cause et abandonné, la stigmatisation et l'exclusion sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale demeurent une triste réalité, dénoncée fréquemment par la Commission européenne²⁰⁴.

La stigmatisation est par ailleurs un véritable danger, en ce qu'elle « est une barrière à l'accès aux ressources vitales, dont un emploi stimulant, des activités porteuses de sens et un réseau social solide, qui permettent de s'épanouir au sein d'une communauté »²⁰⁵.

²⁰⁰ M. Recotillet, *Application rétroactive*, op. cit. (supra note 191).

²⁰¹ CGLPL, *Rapport Isolement et contention*, op. cit. (supra note 77), p.79.

²⁰² Conseil des droits de l'homme, *Rapport du HCDH*, op. cit. (supra note 1), §15, p.7.

²⁰³ Le Grand baromètre de la schizophrénie, Janssen-Cilag S.A.S., 2018.

²⁰⁴ « L'exclusion sociale et la stigmatisation des malades mentaux, de même que les atteintes aux droits et à la dignité de ces derniers, demeurent une réalité et battent en brèche les valeurs fondamentales européennes » Commission européenne (2005), *Livre vert – Améliorer la santé mentale de la population*, p.3 ; « Sur presque tous les plans, les personnes présentant des problèmes de santé mentale figurent parmi les groupes les plus exclus de la société et, de façon logique, elles désignent la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion comme des obstacles majeurs à la santé, au bien-être et à la qualité de vie » Commission européenne (2010a), *Plateforme européenne contre la pauvreté et l'exclusion sociale*.

²⁰⁵ M. Leclair, *Les précieux services de proximité en santé mentale*, Le devoir, 11 novembre 2020, disponible sur : <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/589476/sante-mentale-les-precieux-services-de-proximite>

Le premier constat préoccupant qui peut être dressé est que l'exclusion sociale et la stigmatisation endurée par la personne peuvent aggraver son état de santé.

Tout d'abord parce que la personne stigmatisée va continuellement faire face aux préjugés ; en effet, pour le HCDH, « *ces préjugés, et la stigmatisation qui en découle, sont présents dans tous les aspects de la vie (relations sociales, éducation, travail, santé)* »²⁰⁶, ce qui va considérablement impacter ses relations sociales. Elle fera potentiellement face à du rejet, voire à des violences, physiques ou psychologiques, de la part de tiers. Le Rapporteur SPM indiquait dans un rapport de 2017 que contrairement aux idées reçues, les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont généralement « *victimes plutôt qu'auteurs d'actes de violence* »²⁰⁷.

La personne risque également de faire face à des violences sexuelles : en 2014, une enquête menée par des psychiatres de l'University College London révélait que 40% des femmes qui ont un problème de santé mentale disent avoir déjà subi un viol ou une tentative de viol, alors que cette proportion serait cinq fois moins élevée au sein de la population générale²⁰⁸.

Du fait des préjugés et du rejet, la personne stigmatisée va s'isoler, et cette exposition accrue à la violence peut raviver des traumatismes plus anciens, ce qui peut aggraver son état de santé. Par ailleurs, du fait de la stigmatisation répandue (et également de la crainte des mauvais traitements), de nombreuses personnes ayant des problèmes de santé mentale retardent le plus possible leur prise en charge, jusqu'à ce qu'elles n'aient plus d'alternative ou qu'elles soient placées de force. Un fort sentiment de honte les habitent²⁰⁹, ou alors un « *déni de la maladie* »²¹⁰.

Souvent même, les personnes ne cherchent pas à obtenir de l'aide. Dans son rapport de 2017, le HCDH mentionne un communiqué de presse de l'OMS datant de 2001, lequel souligne que :

*« des traitements sont disponibles, mais près des deux tiers des personnes ayant un problème de santé mentale connu ne demandent jamais l'aide d'un professionnel de la santé. La stigmatisation, la discrimination et la négligence empêchent les personnes ayant ces problèmes d'obtenir des soins et un traitement »*²¹¹.

²⁰⁶ Conseil des droits de l'homme, Rapport du HCDH, *op. cit.* (*supra* note 1), §16, p.7.

²⁰⁷ Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur SPM, *op. cit.* (*supra* note 44), §25, pp.7-8.

²⁰⁸ D. Picot, *Troubles mentaux et violences sexuelles : des chiffres ahurissants*, 9 septembre 2014, disponible sur : <https://destinationsante.com/troubles-mentaux-violences-sexuelles-des-chiffres-ahurissants.html>

²⁰⁹ P. Guérard, *La controverse dans le contexte français, L'article 12 : un outil de lutte pour la reconnaissance en santé mentale* in B. Eyraud *et al.*, *Choisir et agir pour autrui*, *op. cit.* (*supra* note 122), p.64.

²¹⁰ CGLPL, *Rapport Soins sans consentement et droits fondamentaux*, Dalloz, 17 juin 2020, p.15.

²¹¹ OMS, communiqué de presse, *The World Health Report 2001: Mental Disorders affect one in four people*, 28 septembre 2001, disponible sur : http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/.

Traduit de l'anglais : « *treatments are available, but nearly two-thirds of people with a known mental disorder never seek help from a health professional. Stigma, discrimination and neglect prevent care and treatment from reaching people with mental disorders* ».

Il va sans dire que retarder une prise en charge jusqu'à un point critique ou ne pas chercher de l'aide peut avoir de graves conséquences pour la personne et pour son entourage.

Le second constat, tout aussi préoccupant, est celui de la forte corrélation qui existe entre problèmes de santé mentale et vulnérabilité, mais surtout pauvreté.

Dans un rapport de 2018, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) était très préoccupé par l'augmentation de la prise de médicaments psychotropes au sein de la population, et surtout par le fait que certaines catégories de personnes étaient plus touchées par cette augmentation que d'autres²¹². En effet, au Québec, ce sont essentiellement les jeunes, les personnes âgées, les femmes (il est mentionné que 57% à 92% des femmes souffrant de graves problèmes de santé mentale ont été victimes d'abus durant leur enfance²¹³) et les personnes en situation de pauvreté qui consomment ces médicaments.

À ce titre, le RRASMQ indique que :

« la relation entre pauvreté et santé mentale est un phénomène complexe qui peut créer un cercle vicieux : le stress économique et des conditions de vie difficiles affectent négativement la santé mentale, ce qui à son tour peut engendrer des obstacles dans la réussite scolaire, la recherche ou le maintien d'emploi »²¹⁴.

La Rapporteuse PH, dans un rapport de 2019, écrit que *« le lien entre pauvreté, sans-abrisme et handicap est bien connu. Les personnes qui présentent un handicap intellectuel ou psychosocial sont surreprésentées chez les sans-abri »²¹⁵*. Elle alerte par ailleurs sur la pénalisation croissante du handicap, citant le fait que de plus en plus de lois tendent à punir le sans-abrisme (notamment la mendicité) et les comportements sociaux *« atypiques »²¹⁶*.

Les personnes ayant des problèmes de santé mentale peuvent également être stigmatisées par les forces de l'ordre, ces dernières pouvant interpréter la situation comme un refus de coopérer, ce qui expose davantage les personnes à des violences ou à des privations de liberté²¹⁷.

²¹² A.-M. Boucher, M. Lauzier, A. Pavois, J.-P. Ruchon *et al.*, *Un changement de paradigme nécessaire en santé mentale*, RRASMQ, Mémoire remis au Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, 13 novembre 2018, p.8.

²¹³ Goodman *et al.*, *Physical and Sexual Assault History in Women with Serious Illness: Prevalence, Correlates, Treatment, and Future Research Directions*, Schizophrenia Bulletin, volume 23, n°4, 1997.

²¹⁴ A.-M. Boucher, M. Lauzier, A. Pavois, J.-P. Ruchon *et al.*, *op. cit.* (*supra* note 212), p.10.

²¹⁵ Conseil des droits de l'homme, Rapport de la Rapporteuse PH, *op. cit.* (*supra* note 47), §33, p.9.

²¹⁶ *Ibid.*, §34, p.9.

²¹⁷ *Ibid.*

Cette première partie révèle que les modèles médical et sécuritaire, qui comprennent « *les notions de « nécessité médicale » et de « dangerosité »* »²¹⁸, ont longtemps été les modèles prédominants en matière de santé mentale ; et bien que le droit international des droits de l'homme les ait délaissés au profit d'une approche fondée sur les droits de l'homme, ils continuent d'être présents par endroits. Or, le maintien de ces modèles entraîne de graves conséquences pour les droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Toutefois, il n'y a pas seulement les droits fondamentaux de ces personnes qui sont menacés.

Le droit international des droits de l'homme rencontre des difficultés dans la reconnaissance du droit à la santé mentale, ce qui compromet la réalisation de ce droit pour chaque individu.

²¹⁸ Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur SPM, *op. cit.* (*supra* note 44), §64, p.16.

II. Les défis pour une pleine reconnaissance du droit à la santé mentale

« *Il n'y a pas de santé sans santé mentale* », c'est ce qu'affirmait le Rapporteur spécial sur le droit à la santé physique et mentale dans un rapport de 2017²¹⁹. La grande majorité des procédures spéciales et autres acteurs des droits de l'homme partagent cet avis et reconnaissent l'importance de la santé mentale. Le droit à la santé mentale est en effet un élément essentiel de la réalisation du droit à la santé, mais aussi du droit au développement des individus.

À l'heure où il est estimé que 25% de la population mondiale risque de souffrir d'un problème de santé mentale au cours de sa vie, et où 450 millions de personnes en ont déjà, il semble urgent de mettre rapidement en œuvre le droit à la santé mentale pour le bien-être de chacun.

Toutefois, le droit à la santé mentale fait face à divers obstacles qui empêchent sa réalisation.

Comme vu précédemment, les obstacles pour les droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale résident principalement dans le maintien des modèles médical et sécuritaire.

Pour tous les individus, l'obstacle principal est le désintérêt des États envers cette question.

Il est alors nécessaire de comprendre d'où vient ce désintérêt, mais aussi et surtout de chercher comment parvenir à le dépasser. En la matière, il y a deux principaux défis à surmonter.

Le premier défi est que la santé mentale est invisible. Cela entraîne le maintien du statut quo : une mauvaise prise en charge, voire une aggravation des problèmes de santé mentale pour ceux qui en ont, et une non-amélioration de la santé mentale pour tous. L'invisibilisation met à mal le système fondé sur les droits de l'homme ; il est d'y remédier le plus rapidement possible.

L'autre défi est le manque de consensus au niveau international : chaque société a sa propre définition de la santé mentale, et pour certaines sociétés cette question est même taboue.

Ce manque de consensus sur ce qu'est la santé mentale et sur la façon de s'en occuper empêche les parties prenantes d'élaborer des normes qui conviennent à toutes les sociétés. Cela obstrue la recherche de solutions et gêne *de facto* la pleine reconnaissance du droit à la santé mentale.

Il s'agit alors de voir ce qui peut être fait pour surmonter l'invisibilisation de la santé mentale (A) avant d'examiner ce qui peut être fait pour surmonter ce manque de consensus (B).

A. Surmonter l'invisibilisation de la santé mentale

Malgré les efforts entrepris par la communauté internationale depuis le début du XXIème siècle pour sensibiliser aux enjeux de la santé mentale et pour reconnaître le droit à la santé mentale

²¹⁹ *Ibid.*, §6, p.3.

pour tous les individus, malgré les programmes internationaux visant à faire de la santé mentale une priorité (citons par exemple le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS, qui a pour but de promouvoir le bien-être mental), cette dernière demeure délaissée. Dans les pays en développement notamment, « *cette branche de la santé continue de représenter le maillon le plus faible de la plupart des politiques étatiques de santé* »²²⁰.

À ce stade, il paraît opportun de rappeler que par principe, les conventions internationales n'ont pas d'effet direct. Cela signifie que même signées et ratifiées par les États parties, les obligations contenues au sein des conventions ne sont invocables devant les tribunaux internes que si elles répondent à certaines conditions. Par exemple, le juge administratif français considère, depuis un arrêt de 2012, que « *seules les stipulations suffisamment « précises » et « inconditionnelles » peuvent être considérées comme dotées de l'effet direct et invoquées devant lui* »²²¹.

Les dispositions ne seront pas jugées inconditionnelles si elles requièrent un acte législatif ou réglementaire pour pouvoir produire des effets envers les justiciables. Ainsi, même si la CRPD est une convention qui a été largement ratifiée, le fait que bon nombre de ses dispositions ne soient pas d'effet direct la fait perdre en efficacité. Par exemple, la Rapporteuse PH estimait en 2017, soit 7 ans après la ratification par la France de la CRPD, que cette dernière « *n'a pas pris pleinement en considération le changement de modèle introduit par la Convention* »²²².

L'absence d'effet direct est ainsi une première source explicative de ce délaissement de la santé mentale, mais il en existe d'autres. Ce délaissement a dans tous les cas de lourdes conséquences, car un des droits les plus fondamentaux de l'être humain n'est pas suffisamment considéré par les pouvoirs publics. De graves violations peuvent ainsi être perpétrées, avec de faibles chances d'obtenir réparation devant les juridictions.

Pour remédier à l'invisibilisation de la santé mentale, une piste à explorer est celle de la rendre autonome des catégories auxquelles elle est traditionnellement liée et qui finissent en général par l'absorber : le handicap (1) et la santé physique (2).

1. Sortir la santé mentale de la catégorie du handicap

L'article premier alinéa 2 de la CRPD définit les personnes en situation de handicap comme : « des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou

²²⁰ F. Kastler, *10. La santé mentale en Afrique : un défi oublié ou une réponse institutionnelle inadaptée ?* in D. Kerouedan, Santé internationale, Presses de Sciences Po, 2011, p.170.

²²¹ O. Renaudie, *De la convention à son effectivité, L'article 12 est-il invocable devant les juridictions administratives françaises ?* in B. Eyraud et al., *Choisir et agir pour autrui, op. cit. (supra note 122)*, p.247.

²²² CGLPL, *Soins sans consentement et droits fondamentaux, op. cit. (supra note 210)*, p.21.

sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».

D'après la CRPD, constitue un handicap l'interaction entre les incapacités de la personne avec les barrières qui sont présentes dans son environnement. Selon cette définition, les problèmes de santé mentale peuvent constituer un handicap ; partant, les personnes ayant ces problèmes sont protégées par le prisme de la protection attribuée aux personnes en situation de handicap. La protection des personnes en situation de handicap par les Nations unies a débuté en 1971 avec la *Déclaration des droits du déficient mental*, a été complétée en 1975 par la *Déclaration des droits des personnes handicapées*. Son article 1 disposant qu'elle s'applique à tout individu ayant une « *déficiences, congénitale ou non, de ses capacités physiques ou mentales* ».

Les *Principes de 1991* visaient également à protéger les « *handicapés mentaux* »²²³.

Par la suite, les *Règles pour l'égalisation des chances des personnes handicapées de 1993* ont également conféré une protection aux personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Cette protection a été définitivement entérinée avec l'adoption de la CRPD fin 2006.

Au niveau des organisations régionales, ces dernières ont elles aussi généralement eu tendance à reconnaître des droits aux personnes ayant des problèmes de santé mentale par le prisme de la reconnaissance de droits aux personnes en situation de handicap.

Toutefois, il serait réducteur d'enfermer la santé mentale dans la catégorie du handicap, notamment car « *la santé mentale est plus que l'absence de troubles mentaux* »²²⁴.

La santé mentale concerne bien entendu les personnes ayant des problèmes de santé mentale, également appelées personnes ayant un handicap psychosocial, mais aussi chaque personne.

Il s'agit donc d'examiner en quoi la santé mentale ne saurait être réduite à la catégorie du handicap (a), pour voir ensuite les perturbations que cette réduction entraîne actuellement (b).

a. L'absorption malvenue de la santé mentale par le handicap

Conformément à la définition donnée par l'OMS, la santé mentale est un « *état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* »²²⁵. Elle est ainsi indispensable pour le bien-être d'une personne et pour celui de la communauté toute entière.

²²³ Rapport du Secrétaire général, *op. cit.* (*supra* note 20), §12.

²²⁴ OMS, *Santé mentale : renforcer notre action*, 30 mars 2018, disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

²²⁵ *Ibid.*

Sont compris dans la santé mentale, voire englobés par celle-ci, tous les problèmes de santé mentale (dépression, schizophrénie, stress post-traumatique, autisme...). Surtout, l'absence de problèmes de santé mentale ne suffit pas pour être en bonne santé mentale²²⁶, tout comme la santé « *ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »²²⁷.

La santé mentale est ainsi multiple et a une dimension positive qui cohabite avec la dimension négative (les problèmes de santé mentale). Selon l'ONG Handicap International, la santé mentale revêt même trois dimensions : la santé mentale positive, qui correspond au bien-être, à une situation où l'individu est en harmonie avec son milieu ; la détresse psychologique, « *un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Elle indique la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers* »²²⁸ ; enfin, il y a les problèmes de santé mentale. Les problèmes de santé mentale comprennent des « *incapacités* » psychiques ou intellectuelles et peuvent avoir de lourdes conséquences pour la personne²²⁹. D'après l'Assemblée mondiale de la santé, les personnes ayant ces problèmes sont en effet exposées « *à des taux d'incapacité et de mortalité plus élevés que la moyenne. Par exemple, les personnes atteintes de dépression majeure et de schizophrénie, ont de 40 % à 60 % plus de risques que la population générale de mourir prématurément* »²³⁰.

Handicap International précise cependant que cette distinction n'est pas toujours efficace : la détresse psychologique et les graves problèmes de santé mentale peuvent être cumulatifs, tout comme une personne peut également avoir plusieurs problèmes de santé mentale²³¹. De plus, ces dimensions sont évolutives : au cours de sa vie, un individu peut passer par ces trois dimensions successivement et à plusieurs reprises, quelles que soient ses éventuelles prédispositions et sans ordre préétabli ; cela dépendra des épreuves qu'il aura à traverser.

La notion de santé mentale est donc bien plus large que la notion de handicap qui, comme vu précédemment, est constituée par un empêchement pour une personne de participer de façon égale avec les autres à la vie en société du fait de l'interaction entre son/ses incapacité(s) durable(s) et diverses barrières présentes dans son environnement. Il serait réducteur d'absorber

²²⁶ *Ibid.*

²²⁷ Préambule de la Constitution de l'OMS, *op. cit.* (*supra* note 2).

²²⁸ G. Pégon, *Santé mentale en contextes de post-crise et de développement*, Handicap International, DC Brief n°3, septembre 2012, p.2.

²²⁹ *Ibid.*

²³⁰ OMS, *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*, 66^{ème} Assemblée mondiale de la santé, WHA66.8, 27 mai 2013, §11, p.4.

²³¹ *Ibid.*

la santé mentale dans le handicap, car les éléments constitutifs de ce dernier ne se retrouvent pas nécessairement dans les dimensions de la santé mentale susmentionnées.

Concernant l'incapacité tout d'abord : une personne peut souffrir d'une détresse psychologique sans que cela ne se traduise en une incapacité, et il en va de même pour une personne qui est en état de santé mentale positive. Par ailleurs, d'après *l'article premier alinéa 2 de la CRPD*, l'incapacité de l'individu doit être durable ; or, même un problème de santé mentale peut ne pas se perpétuer durant toute la vie de l'individu, car ce dernier peut bénéficier d'un traitement approprié et connaître des phases de rétablissement²³².

Concernant les diverses barrières présentes dans l'environnement de l'individu ensuite, elles n'impactent pas la vie de l'individu en santé mentale positive. Elles peuvent en revanche poser problème pour les personnes en détresse psychologique ou ayant un problème de santé mentale ; toutefois, si ces personnes se trouvent dans un environnement où tout est mis en œuvre pour que leur état de santé s'améliore, l'existence de telles barrières peut être discutable²³³.

Concernant la participation à la société enfin, bien que la participation des personnes ayant des problèmes de santé mentale présente un risque d'être compromise (mais pas nécessairement), la participation des personnes en état de santé mentale positive demeure inchangée.

Quant aux personnes en situation de détresse psychologique, leur participation à la vie en société peut être altérée mais cela ne revêt pas un caractère automatique, dans la mesure où il s'agit généralement de problèmes de faible intensité ou de faible durée.

Présupposer qu'un problème de santé mentale constitue forcément un handicap est réducteur, tout comme présupposer que la santé mentale se limite aux problèmes de santé mentale.

Pourtant, c'est précisément ce qui a été supposé par de nombreux acteurs des droits de l'homme durant des décennies ; offrir une protection en santé mentale seulement par le prisme de la protection des personnes en situation de handicap est un signe de cette démarche.

La réduction de la santé mentale au handicap offre une grille de lecture de la santé mentale qui invisibilise ceux qui n'ont pas de problèmes de santé mentale, parce qu'ils sont en état de bien-être mental ou en état de détresse psychologique. Ces personnes, bien que leur état de santé semble meilleur, ont elles aussi droit à la protection de leur santé mentale.

Cette grille de lecture se concentre par ailleurs sur les incapacités. Les Nations unies ont d'abord envisagé le handicap sous l'angle de l'incapacité, et c'est l'approche fondée sur les droits de

²³² OMS, rubrique Troubles mentaux, *op. cit.* (*supra* note 5).

²³³ Voir par exemple le centre Victor Houali en Côte d'Ivoire, méthode de soin développée par deux psychiatres français reposant sur la liberté des individus, même pour de graves problèmes de santé mentale.

l'homme qui a permis de renverser ce paradigme. Grâce à cette approche, l'attention des acteurs des droits de l'homme s'est concentrée sur « *la façon dont les systèmes sociaux et économiques tiennent compte (ou non, selon les cas), de la différence induite par l'incapacité* »²³⁴.

Pourtant, le handicap intègre encore les incapacités dans sa définition, parfois au détriment des facteurs extérieurs qui peuvent jouer un rôle clef ; selon Handicap International, « *il faut s'intéresser autant aux incapacités qu'aux facteurs de risque qui menacent les liens sociaux, l'autonomie, la dignité, l'intégrité physique ou psychique d'un individu* »²³⁵.

b. Les conséquences de cette absorption pour le droit à la santé mentale

La première conséquence de cette absorption est que dans la mesure où l'attention des acteurs est tournée vers les problèmes de santé mentale, les faibles investissements en la matière sont orientés en priorité vers le traitement des problèmes de santé mentale et le modèle médical.

En ce sens, le Rapporteur spécial sur le droit à la santé physique et mentale déplore dans son rapport de 2017 que la grande majorité des investissements réalisés dans le domaine de la santé mentale vont aux soins hospitaliers qui sont d'une longue durée ainsi qu'aux établissements de santé mentale ; et qu'au final, il n'existe presque pas d'investissement ni de mesure générale servant à « *promouvoir la santé mentale de manière globale pour tous* »²³⁶.

Le budget, alimenté par les investissements provenant en majorité des États, constitue en effet « *une nécessité évidente pour le développement et le maintien des services de santé mentale* »²³⁷, mais il n'est que rarement utilisé aux fins d'élaborer de nouveaux types de services.

Dans son Atlas de la santé mentale paru en 2014, l'OMS avait examiné les dépenses publiques des États. Elle en avait conclu qu'en dépit de l'importance de la santé mentale, les dépenses publiques qui y étaient consacrées étaient infimes. Par ailleurs, elle avait constaté que la majeure partie de ces fonds était versée aux établissements de santé mentale, ce qui démontre à quel point le modèle médical monopolise encore ce domaine ; les autres dépenses étant dirigées vers les soins ambulatoires et primaires, ou encore vers les soins de jour²³⁸.

Comme le regrette le Rapporteur spécial sur le droit à la santé physique et mentale :

« les traitements parallèles efficaces, acceptables et évolutifs restent marginaux dans les systèmes de soins de santé, la situation n'a pas bougé pour ce qui est de la

²³⁴ G. Quinn et T. Degener, *Droits de l'homme et invalidité*, op. cit. (supra note 39), p.10.

²³⁵ G. Pégon, *Santé mentale en contextes de post-crise et de développement*, op. cit. (supra note 228).

²³⁶ Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur SPM, op. cit. (supra note 44), §6, p.3.

²³⁷ OMS, *Atlas 2014 de la santé mentale*, 2014, p.31.

²³⁸ *Ibid.*, p.32.

désinstitutionalisation et les investissements dans le secteur de la santé mentale continuent d'être essentiellement axés sur un modèle biomédical »²³⁹.

Il critique également le fait que dans l'hypothèse où une aide internationale parvient (d'après les observateurs, la santé mentale se voit attribuer moins de 1% de l'aide internationale qui est destinée au secteur de la santé publique²⁴⁰), cette aide servirait principalement à rénover des établissements de santé mentale ou de grands hôpitaux plutôt qu'à développer de nouveaux services de santé qui seraient moins axés sur le modèle médical²⁴¹.

Le HDCH confirme ce constat. Il affirme que les établissements de santé mentale sont les principaux destinataires des aides versées par les États, et que cela « *s'accompagne souvent d'un défaut de financement des services et des aides de proximité* »²⁴², lesquels ont cependant un rôle très important à jouer. Le HCDH déclare même que la « *mauvaise répartition des ressources et les décisions peu judicieuses qui sont prises quant à leur affectation* »²⁴³ est contraire à l'article 2 paragraphe 1 du PIDESC, lequel engage les États parties à prendre toutes les mesures possibles pour que les individus puissent exercer les droits reconnus par le Pacte.

Ainsi, la prévention des problèmes de santé mentale et la promotion de la santé mentale pour tous sont des aspects quelque peu délaissés par les pouvoirs publics, bien que ces derniers aient pu rappeler leur importance à maintes reprises, notamment par la *Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe* de 2005 qui réaffirme qu'il faut « *garantir aux personnes atteintes de graves problèmes de santé mentale un traitement et des soins efficaces et intégrés dans des lieux de soins diversifiés, en tenant compte de leurs préférences personnelles...* »²⁴⁴.

Le *Plan d'action global 2013-2020* de l'OMS a parmi ses objectifs de « *mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale* »²⁴⁵.

Enfin, le *Programme de développement durable à l'horizon 2030* adopté par l'Assemblée générale des Nations unies fin 2015 place également la prévention des problèmes de santé mentale et la promotion de celle-ci parmi les objectifs de développement durable²⁴⁶.

²³⁹ Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur SPM, *op. cit.* (*supra* note 44), §12, p.5.

²⁴⁰ OMS, communiqué de presse, *Selon une enquête de l'OMS, la COVID-19 perturbe les services de santé mentale dans la plupart des pays*, 5 octobre 2020, disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

²⁴¹ Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur SPM, *op. cit.* (*supra* note 44), §12, p.5.

²⁴² Conseil des droits de l'homme, Rapport du HCDH, *op. cit.* (*supra* note 1), §19, p.8.

²⁴³ *Ibid.*

²⁴⁴ Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, *Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe, Relever les défis, trouver des solutions*, EUR/04/5047810/6, 14 janvier 2005, §8 vii, p.4.

²⁴⁵ OMS, *Plan d'action global*, *op. cit.* (*supra* note 230), §22, p.7.

²⁴⁶ Assemblée générale, Résolution 70/1, *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030*, A/RES/70/1, 25 septembre 2015, objectif 3 et plus particulièrement objectif 3.4, p.17.

Pour bon nombre d'acteurs, il faut réorienter les ressources disponibles vers la création de nouveaux services de santé mentale axés sur la promotion et la prévention. Plusieurs chercheurs québécois ont notamment recommandé de développer des services de proximité, et que « *les investissements en santé mentale doivent également offrir des programmes d'aide aux proches, qui sont des sources de soutien financier, psychologique et social de premier rang* »²⁴⁷.

La seconde conséquence de cette absorption est qu'avec une grille de lecture tournée vers les incapacités, les facteurs extérieurs, notamment socio-économiques, ont tendance à être délaissés alors qu'ils peuvent fortement influencer le bien-être mental des individus.

Dans le *Plan d'action global 2013-2020*, l'OMS écrit que la santé mentale « *peut être influencée par toute une série de facteurs socio-économiques [...], dont il faut se préoccuper* »²⁴⁸, notamment si les acteurs souhaitent élaborer des stratégies efficaces et globales pour la santé mentale, comprenant la prévention, la promotion, le traitement ou encore la réadaptation. Les problèmes de santé mentale peuvent certes résulter de « *facteurs individuels* », à savoir des éléments biologiques ou encore la psychologie de l'individu, notamment sa « *capacité de maîtriser ses pensées, ses émotions et ses comportements, et de gérer ses relations à autrui* »²⁴⁹. Cependant, des facteurs autres, qu'ils soient socio-économiques, culturels, environnementaux et politiques, « *au nombre desquels figurent les politiques nationales, la protection sociale, le niveau de vie, les conditions de travail et le soutien social offert par la communauté* »²⁵⁰, peuvent eux aussi jouer un rôle dans l'apparition de problèmes de santé mentale.

En effet, comme l'explique l'OMS, « *des pressions socio-économiques persistantes sont des facteurs de risque reconnus pour la santé mentale des individus et des communautés* »²⁵¹.

Le HCDH rejoint la position de l'OMS sur la question. Dans son rapport de 2017, il souligne une forte corrélation entre les problèmes de santé mentale « *et les difficultés économiques résultant d'une réalisation insuffisante des droits économiques, sociaux et culturels, tels que les droits à l'éducation, au travail, au logement, à l'alimentation et à l'eau* »²⁵².

Ces facteurs socio-économiques et le contexte local exposent ainsi particulièrement certaines personnes aux problèmes de santé mentale. Il s'agit de personnes en situation de vulnérabilité, par exemple de personnes en situation de pauvreté, de mineurs victimes de maltraitances, de

²⁴⁷ M. Leclair, *Les précieux services de proximité en santé mentale*, op. cit. (supra note 205).

²⁴⁸ OMS, *Plan d'action global*, op. cit. (supra note 230), §8, p.3.

²⁴⁹ *Ibid.*, §9, p.4.

²⁵⁰ *Ibid.*

²⁵¹ OMS, *Santé mentale : renforcer notre action*, op. cit. (supra note 224).

²⁵² Conseil des droits de l'homme, Rapport du HCDH, op. cit. (supra note 1), §13, p.7.

personnes issues de minorités (ethnique, sexuelle et de genre, culturelle...), de personnes vivant dans des zones de conflits ou qui sont en situation d'urgence humanitaire...²⁵³.

Indice du poids des facteurs socio-économiques sur le bien-être mental, l'OMS explique que la « *crise financière mondiale* » depuis 2008 a engendré un nouveau groupe de personnes en situation de vulnérabilité (les jeunes chômeurs), ce qui a entraîné une hausse des problèmes de santé mentale²⁵⁴, mais aussi des « *morts par désespoir* » au sein de la population : « *la plupart de ces morts, qui étaient liées à la perte d'espoir due au chômage et aux inégalités croissantes, ont été attribués au suicide ou à des facteurs liés à l'usage de substances psychoactives* »²⁵⁵.

Autre indice plus récent du poids des facteurs socio-économiques sur le bien-être mental, la pandémie de COVID-19. Dans une note de synthèse émise en 2020, les Nations unies alertaient sur le fait qu'outre les risques pour la santé physique, cette pandémie porte « *les germes d'une crise de santé mentale majeure* »²⁵⁶. Parmi les nombreux effets négatifs recensés du virus sur la santé mentale des personnes à travers le monde figurent : la peur de tomber gravement malade ou de voir des proches périr, l'isolement physique du fait des confinements, endurés par près de 60% de la population mondiale²⁵⁷, la peur de perdre un travail et de ne plus pouvoir se loger ni subvenir à ses besoins, l'incertitude quant à l'avenir... Ces effets sont autant de facteurs pouvant engendrer une forte détresse psychologique, particulièrement chez certains groupes (personnel soignant, enfants et étudiants, personnes âgées ou en mauvaise santé...) ²⁵⁸.

Ces facteurs nouveaux peuvent ainsi se cumuler avec des facteurs préexistants et avoir de graves conséquences. Une enquête de l'OMS menée entre juin et août 2020 confirme que le nombre de personnes ayant des problèmes de santé mentale a augmenté depuis le début de la pandémie. En France, c'est principalement la hausse des troubles du sommeil, de l'anxiété, des symptômes dépressifs et du stress post-traumatique qui a pu être constatée²⁵⁹.

La conséquence directe de cette augmentation des problèmes de santé mentale est que la demande de soins est également en hausse à travers le monde. Or, du fait de la pandémie et du

²⁵³ OMS, *Plan d'action global*, *op. cit.* (*supra* note 230), §10, p.4.

²⁵⁴ *Ibid.*

²⁵⁵ Nations unies, Note de synthèse, *op. cit.* (*supra* note 10), p.7.

²⁵⁶ *Ibid.*, p.2.

²⁵⁷ G. Dagorn, *La santé mentale éprouvée par l'épidémie de Covid-19*, Le Monde, 24 octobre 2020, disponible sur : https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/10/24/la-sante-mentale-eprouvee-par-l-epidemie-de-covid-19_6057201_4355770.html

²⁵⁸ Nations unies, Note de synthèse, *op. cit.* (*supra* note 10), p.2.

²⁵⁹ Santé publique France, *Santé mentale et COVID-19*, 8 juillet 2021, disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/enjeux-de-sante-dans-le-contexte-de-la-covid-19/articles/sante-mentale-et-covid-19>

ralentissement économique subséquent, « *des perturbations ou une interruption des services de santé mentale essentiels* » ont été constatées dans 93 % des 130 pays interrogés par l’OMS²⁶⁰. Si cette dernière affirme fermement qu’il faut augmenter le montant des investissements dans le domaine (« *il faut plus d’argent pour la santé mentale* »²⁶¹), elle relève dans son enquête que seulement 17% des pays qui ont intégré le soutien psychosocial dans leurs plans de riposte à la pandémie ont prévu un financement supplémentaire pour répondre aux besoins²⁶².

À ce titre, les Nations unies dénoncent elles aussi fréquemment le « *sous-investissement, qui précède de loin la pandémie, en faveur de la promotion, de la prévention et de la prise en charge de la santé mentale* »²⁶³ et recommandent aux États d’y remédier au plus vite.

Les facteurs extérieurs, notamment socio-économiques et les crises financières et sanitaires, peuvent ainsi avoir un impact considérablement néfaste sur la santé mentale des individus.

En dépit de cela, ils ne sont que très peu examinés par les pouvoirs publics ; c’est ce que dénonce le Rapporteur SPM dans un rapport de 2017. Il y explique que :

*« les politiques publiques ne reconnaissent toujours pas l’importance des facteurs propices aux maladies mentales que sont la violence, la perte d’autonomie, l’exclusion et l’isolement social et l’effritement des communautés, les désavantages socioéconomiques systémiques et les conditions de travail et d’étude néfastes »*²⁶⁴.

Selon lui, élaborer une stratégie pour la santé mentale sans tenir compte de ces facteurs extérieurs peut compromettre le succès de celle-ci, et porter préjudice aux personnes ayant des problèmes de santé mentale ainsi qu’à toutes les autres personnes²⁶⁵. Cette analyse sera confirmée par le Haut-Commissaire des Nations unies aux Droits de l’Homme²⁶⁶.

Ainsi, enfermer la santé mentale dans la catégorie du handicap est problématique : parce que cette notion est plus large, parce que les efforts sont tournés vers les problèmes de santé mentale au détriment de la promotion de la santé mentale pour tous, et parce que cela invisibilise les facteurs socio-économiques en dépit du rôle crucial que ces derniers peuvent jouer.

²⁶⁰ OMS, communiqué de presse, *Selon une enquête de l’OMS, la COVID-19 perturbe les services de santé mentale dans la plupart des pays*, *op. cit.* (*supra* note 240).

²⁶¹ *Ibid.*

²⁶² *Ibid.*

²⁶³ Nations unies, Note de synthèse, *op. cit.* (*supra* note 10), p.2.

²⁶⁴ Conseil des droits de l’homme, Rapport du Rapporteur SPM, *op. cit.* (*supra* note 44), §13, p.5.

²⁶⁵ *Ibid.*

²⁶⁶ Conseil des droits de l’homme, Rapport du HCDH, *op. cit.* (*supra* note 1), §13, p.7.

La santé mentale devrait être envisagée de façon autonome, et cela signifie qu'il faudrait également cesser de la rattacher à une autre catégorie : celle de la santé physique.

2. *Émanciper la santé mentale de la santé physique*

La santé physique renvoie à l'état, à la santé du corps de l'individu ; cette notion s'étend de l'absence de maladie jusqu'à la qualité de la condition physique et de l'activité physique.

Le droit à la santé physique pourrait se définir comme une obligation pour les États de permettre à tout un chacun de « *jouir du meilleur état de santé possible* »²⁶⁷, notamment en garantissant un accès à des services de santé efficaces ainsi qu'à des soins de qualité, mais aussi en élaborant des programmes de prévention, promotion, traitement et réadaptation efficaces.

Le droit à la santé physique partage un historique commun avec le droit à la santé mentale.

Comme le bien-être mental, le bien-être physique a initialement été énuméré parmi les composantes de la santé en 1946 dans la Constitution de l'OMS ; ce texte fait par ailleurs de la santé un véritable droit, en proclamant que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain* »²⁶⁸.

Puis, comme le droit à la santé mentale, le droit à la santé physique a été timidement reconnu en 1948 par *l'article 25 de la DUDH*, avant d'être franchement affirmé en 1966 par *l'article 12 du PIDESC* ; il a depuis été réaffirmé par plusieurs traités internationaux relatifs aux droits de l'homme, dont la *CERD (article 5 e iv)*, la *CEDAW (article 11 1. f)* et la *CIDE (article 24)*. Enfin, comme le droit à la santé mentale, le droit à la santé physique a également été affirmé par les organisations régionales, notamment par *l'article 16 de la Charte ADHP*, par *l'article 10 du Protocole de San Salvador de l'OEA* et par *l'article 11 de la Charte sociale européenne*. Ainsi, en droit international des droits de l'homme et ailleurs, la reconnaissance du droit à la santé mentale s'est toujours accompagnée de la reconnaissance du droit à la santé physique, ces deux droits constituant les deux facettes indissociables du droit à la santé.

La santé physique et la santé mentale ont bénéficié d'une promotion et d'une reconnaissance juridique égales. Pour autant, force est de constater qu'en pratique, une division a été opérée : la santé physique a été nettement favorisée par les États, au détriment de la santé mentale.

Bien que ces deux aspects de la santé partagent un historique commun, ils ne sont pas perçus de la même façon par les sociétés humaines, ce qui influe considérablement sur le traitement

²⁶⁷ Article 24 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE).

²⁶⁸ Préambule de la Constitution de l'OMS, *op. cit.* (*supra* note 2), §3, p.1.

qui leur est réservé. Il s'agit donc d'examiner dans un premier temps les conséquences de la priorisation de la santé physique (a), pour voir dans un second temps s'il est souhaitable et surtout possible de trouver un compromis (b).

a. Les conséquences de la priorisation de la santé physique

Si la santé physique et la santé mentale ont été reconnues de façon égale en droit, c'est parce qu'elles jouissent d'une « *égalité de considération* »²⁶⁹ dans le secteur de la santé.

Cette égalité de considération a plusieurs incidences : elle présuppose que les usagers des services de santé physique et mentale bénéficient d'un accès égal aux meilleurs soins, que la santé physique et la santé mentale se voient allouer suffisamment de temps et de moyens pour répondre aux besoins de leurs usagers, qu'elles jouissent de la même considération auprès des professionnels de santé et que tout soit mis en œuvre pour améliorer la qualité des soins²⁷⁰.

Il ne doit par conséquent pas y avoir de hiérarchie entre la santé physique et la santé mentale : elles « *sont intimement liées et, à ce titre, doivent se voir accorder la même importance* »²⁷¹.

La célèbre locution latine « *mens sana in corpore sano* »²⁷² illustre bien cette philosophie.

Pourtant, le Rapporteur spécial sur le droit à la santé physique et mentale déclarait en 2017 qu'« *en dépit du fait qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale, nulle part dans le monde la santé mentale ne se voit accorder la même importance que la santé physique* »²⁷³.

La santé physique est dans les faits largement préférée à sa « consœur » ; elle est la norme²⁷⁴, et concentre donc toute l'attention des États, que ce soit dans l'enseignement de la médecine, dans le travail des professionnels de santé ou dans les politiques nationales. Ainsi, une division s'est opérée entre santé physique et santé mentale, la première invisibilisant la seconde auprès des pouvoirs publics, ce qui a de graves conséquences pour le droit à la santé mentale.

La première conséquence de cette invisibilisation de la santé mentale est que les financements qui lui sont octroyés sont trop faibles pour répondre aux besoins des individus.

Dans son rapport de 2017, le HCDH déplore qu'en dépit des graves répercussions que peuvent avoir les problèmes de santé mentale sur la vie privée, familiale et communautaire des

²⁶⁹ Royal College of Psychiatrists, *Whole-person care: from rhetoric to reality*, mars 2013, p.20, disponible sur : https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_103627-6_0.pdf Traduit de l'anglais : « *parity of esteem* ».

²⁷⁰ *Ibid.*

²⁷¹ Conseil des droits de l'homme, Rapport du HCDH, *op. cit.* (*supra* note 1), §21, p.9.

²⁷² Signifie : un esprit sain dans un corps sain.

²⁷³ Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur SPM, *op. cit.* (*supra* note 44), §6, p.3.

²⁷⁴ Conseil des droits de l'homme, Rapport du HCDH, *op. cit.* (*supra* note 1), §21, p.9.

individus, les ressources financières et humaines mobilisées sont nettement insuffisantes pour répondre aux besoins des personnes ayant ces problèmes et à ceux des autres personnes²⁷⁵.

Comme les États donnent la priorité à la santé physique, ils n'investissent pas ou peu dans la santé mentale. À ce titre, le Rapporteur spécial sur le droit à la santé physique et mentale estime qu'à travers le monde, la santé mentale ne reçoit que 7% des budgets consacrés à la santé²⁷⁶.

Dans son *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*, l'OMS critique « *la rareté des ressources disponibles pour faire face aux besoins de santé mentale dans les pays* »²⁷⁷, mais aussi le fait que ces ressources ne soient pas réparties de façon équitable dans le monde, et que la façon dont elles sont utilisées manque d'efficacité. Elle indique notamment que le budget annuel mondial dédié à la santé mentale est particulièrement faible : il représente seulement moins de deux dollars américains par habitant. Dans les pays à revenus faibles, ce montant descend même à moins de 0,25 dollars américains par habitant²⁷⁸.

Selon le HCDH, cette priorité donnée à la santé physique aboutit à de nombreuses disparités. Dans la mesure où peu de ressources financières et humaines sont dédiées à la santé mentale, « *bon nombre d'établissements de santé mentale sont vétustes, moins bien équipés et moins conformes aux normes d'hygiène* »²⁷⁹, ce qui constitue une première différence avec la santé physique. Par ailleurs, du fait du manque de moyens, la réalisation d'études et la collecte de données sont très limitées, ce qui empêche la recherche en santé mentale de progresser²⁸⁰.

Autre disparité avec la santé physique : le manque de professionnels de la santé mentale.

L'OMS indique à ce titre que « *près de la moitié de la population mondiale vit dans des pays où l'on compte en moyenne un seul psychiatre pour 200 000 habitants ou plus tandis que le nombre des autres dispensateurs de soins de santé mentale formés à l'action psychosociale est encore plus faible* »²⁸¹. Par autres dispensateurs de soins, l'OMS entend les neurologues, les médecins généralistes, les psychologues, les infirmiers, les travailleurs sociaux et assimilés²⁸².

Concernant le manque de professionnels de santé mentale, un net écart entre les pays à faibles revenus et les pays à revenus élevés est à nouveau relevé ; en Afrique notamment, le nombre de psychiatres est particulièrement faible. Cela s'expliquerait « *par les faibles moyens*

²⁷⁵ *Ibid.*, §19, p.8.

²⁷⁶ Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur SPM, *op. cit.* (*supra* note 44), §6, p.3.

²⁷⁷ OMS, *Plan d'action global*, *op. cit.* (*supra* note 230), §14, p.5.

²⁷⁸ *Ibid.*

²⁷⁹ Conseil des droits de l'homme, Rapport du HCDH, *op. cit.* (*supra* note 1), §21, p.9.

²⁸⁰ *Ibid.*

²⁸¹ OMS, *Plan d'action global*, *op. cit.* (*supra* note 230), §15, p.5.

²⁸² OMS, Rapport sur la santé dans le monde, *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Bibliothèque de l'OMS, 2001, p.99.

financiers et par la priorité donnée aux autres maladies mortelles qui frappent le continent »²⁸³.

À titre illustratif, en Éthiopie fin 2020, il n’y avait que 83 psychiatres pour une population estimée à plus de 110 millions d’habitants ; la plupart des professionnels et des services de santé mentale se trouvent près de la capitale, alors que 80% des Éthiopiens vivent en zone rurale²⁸⁴.

Selon le chercheur Florian Kastler, « *une des causes principales de ce peu d’attention accordée à la santé mentale est liée au manque de ressources des pays africains qui se sont trouvés dans l’obligation de faire des choix et d’accentuer leurs efforts sur certaines priorités* »²⁸⁵.

Les priorités en question comprennent de graves problèmes de santé physique qui frappent le continent africain, notamment la malnutrition, le VIH, le paludisme ou encore la tuberculose.

Pour l’OMS, du fait du faible budget annuel mondial alloué à la santé mentale, les pouvoirs publics ne sont pas encore parvenus à trouver une réponse adéquate et efficace aux problèmes de santé mentale : « *entre 76 % et 85 % des personnes atteintes de troubles mentaux sévères ne reçoivent aucun traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ; le pourcentage correspondant reste élevé (entre 35 % et 50 %) dans les pays à haut revenu* »²⁸⁶.

Cependant, même lorsqu’un traitement est effectivement fourni, l’OMS souligne la mauvaise qualité de ce dernier²⁸⁷. Le manque de moyens financiers et humains alloués aux services de santé mentale se fait particulièrement ressentir au niveau de la qualité des soins dispensés.

Ainsi, dans un contexte où les investissements des États dédiés à la santé étaient déjà faibles, l’absorption par la santé physique de la quasi-totalité des investissements en la matière accroît fortement le manque de ressources disponibles en matière de santé mentale.

La seconde conséquence, qui découle de la première, est que cette invisibilisation de la santé mentale entraîne des violations des droits fondamentaux. Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé physique et mentale dénonce à ce titre « *une situation inacceptable dans laquelle les besoins ne sont pas pourvus et des violations des droits de l’homme se produisent [...] y compris des violations du droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale* »²⁸⁸.

L’OMS n’hésite pas à souligner régulièrement les mauvais résultats des établissements de santé mentale en matière de traitement des problèmes de santé mentale, ainsi que le danger qu’ils

²⁸³ F. Kastler, *10. La santé mentale en Afrique, op. cit. (supra note 220)*, p.172.

²⁸⁴ OMS, *La thérapie à distance renforce les services de santé mentale en Éthiopie*, 5 novembre 2020, disponible sur : <https://www.afro.who.int/fr/news/la-therapie-distance-renforce-les-services-de-sante-mentale-en-ethiopie>

²⁸⁵ F. Kastler, *10. La santé mentale en Afrique, op. cit. (supra note 220)*, p.171.

²⁸⁶ OMS, *Plan d’action global, op. cit. (supra note 230)*, §14, p.5.

²⁸⁷ *Ibid.*

²⁸⁸ Conseil des droits de l’homme, Rapport du Rapporteur SPM, *op. cit. (supra note 44)*, §6, pp.3-4.

peuvent représenter pour le respect des droits des personnes qui y sont hospitalisées (« *les hôpitaux psychiatriques [...] sont le théâtre de violations des droits de l'homme* »²⁸⁹).

Quant au HCDH, il argue dans son rapport de 2017 qu'en conséquence du faible budget alloué à ces établissements, le personnel est régulièrement en effectif réduit. De plus, ce dernier est « *souvent insuffisamment formé, notamment aux questions des droits de l'homme* »²⁹⁰.

Du fait de l'effectif réduit, le personnel manque de temps pour s'occuper correctement de chaque usager. Ce manque de temps et ce manque de formation du personnel peuvent entraîner une mauvaise prise en charge des usagers, voire une violation de leurs droits ; le CGLPL a notamment montré que cela accroît le risque de recours à des moyens de contention²⁹¹.

Le CGLPL relate également que pour le jury de la conférence de consensus « *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux* » de novembre 2004, ce sont le manque de moyens alloués aux établissements de santé mentale et le manque de formation des professionnels y travaillant qui « *sont les principales causes de la maltraitance* »²⁹².

Ainsi, la réalisation du droit à la santé mentale se trouve fortement compromise là où la santé mentale occupe une place marginale dans les débats et les politiques de santé publique.

Cette marginalisation a à son tour des répercussions directes sur les vies de chaque individu, car peu de dispositifs sont mis en place pour promouvoir et protéger la santé mentale de tous, ce qui peut constituer une violation du droit à la santé. Plus spécifiquement, les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont particulièrement impactées par cette marginalisation : leurs problèmes sont moins bien traités que s'ils étaient physiques, et leurs droits fondamentaux sont davantage menacés que ceux des personnes ayant des problèmes de santé physique.

Par ailleurs, cette marginalisation de la santé mentale découlant du manque d'intérêt des pouvoirs publics ne contribue pas à réduire la stigmatisation dont les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont victimes. Elles ne sont ainsi pas incitées à chercher de l'aide²⁹³.

En Afrique par exemple, où beaucoup de communautés ont pendant longtemps porté un regard sur les problèmes de santé mentale « *empreint de croyances traditionnelles en des causes et des remèdes surnaturels* »²⁹⁴, la stigmatisation et le rejet des personnes ayant ces problèmes était très forte. Ces dernières étaient par conséquent particulièrement réticentes à aller voir un

²⁸⁹ OMS, *Plan d'action global*, op. cit. (supra note 230), §14, p.5.

²⁹⁰ Conseil des droits de l'homme, Rapport du HCDH, op. cit. (supra note 1), §19, p.8.

²⁹¹ CGLPL, *Soins sans consentement*, op. cit. (supra note 210), p.49 : « *Pressées, peu ou mal formées [...] les équipes de soins font état de leur épuisement et du recours à l'enfermement et à la contention comme seule alternative à des agitations ou par crainte (anticipation) de comportements potentiellement violents* ».

²⁹² Société Francophone de médecine d'urgence, Conférence de consensus sur la liberté d'aller et venir, novembre 2004, in CGLPL, *Rapport Isolement et contention*, op. cit. (supra note 77), p.76.

²⁹³ OMS, communiqué de presse, *The World Health Report 2001*, op. cit. (supra note 211).

²⁹⁴ F. Kastler, *10. La santé mentale en Afrique*, op. cit. (supra note 220), p.172.

professionnel de la santé mentale pour se faire aider²⁹⁵. Les pouvoirs publics auraient pu mener un travail de sensibilisation et d'information de la population ; mais faute de moyens et d'intérêt pour la question, cela n'a pas été fait. Ces croyances et la stigmatisation ont donc perduré.

Outre la stigmatisation, l'invisibilisation de la santé mentale empêche aussi les personnes ayant des problèmes de santé mentale de réaliser pleinement leurs droits économiques, sociaux et culturels. Le HCDH illustre ce phénomène en expliquant que dans la mesure où les personnes ayant des problèmes de santé mentale n'ont qu'un accès restreint aux soins dont elles ont pourtant besoin, elles risquent de ne pas poursuivre des études, ou de les interrompre en cours de route. Elles sont par conséquent moins diplômées et moins qualifiées, ce qui joue en leur défaveur dans leur recherche d'un emploi rémunéré à durée indéterminée. Leur difficulté à obtenir un tel emploi rend leur statut plus précaire, ce qui peut également compliquer leur recherche de logement, les bailleurs tendant à préférer les personnes ayant des revenus stables. Pour le HCDH, « *cette conjonction de facteurs perpétue les inégalités sociales et a des conséquences désastreuses et durables sur l'exercice du droit à un niveau de vie suffisant* »²⁹⁶. Pour remédier efficacement et rapidement à ces inégalités, des chercheurs québécois estiment qu'il est tout d'abord important d'investir dans la santé mentale, mais aussi de mener des actions plus concrètes, ciblées et durables afin que les personnes ayant des problèmes de santé mentale aient accès à des services de santé qui soient de même qualité que ceux qui sont actuellement proposés aux personnes ayant des problèmes de santé physique²⁹⁷.

La santé physique, du fait de la place prépondérante qu'elle occupe dans les politiques de santé, invisibilise totalement la santé mentale. Cela a pour incidence que les investissements en matière de santé mentale sont trop faibles pour subvenir aux besoins de la population mondiale, et aboutit à des violations des droits fondamentaux de toutes les personnes, en ce qu'elles se retrouvent empêchées d'exercer pleinement leur droit à la santé mentale.

Il apparaît pourtant illusoire et surtout contre-productif de chercher à inverser la tendance actuelle ; la santé physique a elle aussi besoin d'investissements supplémentaires pour répondre aux besoins des populations. À ce titre, l'OMS dénonce régulièrement les lacunes des systèmes de santé : « *le manque d'infrastructures sanitaires, les pénuries de personnels de santé, la fragilité des systèmes d'approvisionnement et la mauvaise qualité des soins* »²⁹⁸.

²⁹⁵ *Ibid.*

²⁹⁶ Conseil des droits de l'homme, Rapport du HCDH, *op. cit.* (*supra* note 1), §14, p.7.

²⁹⁷ M. Leclair, *Les précieux services de proximité en santé mentale*, *op. cit.* (*supra* note 205).

²⁹⁸ OMS, communiqué de presse, *Les pays doivent investir au moins 1% supplémentaire de leur PIB dans les soins de santé primaires pour éliminer les lacunes flagrantes de la couverture*, 22 septembre 2019, disponible sur :

Elle soutient qu'il faut investir davantage, et qu'un pourcent supplémentaire du produit intérieur brut des États permettrait de sauver les vies de soixante millions de personnes²⁹⁹.

Ainsi, la solution qui paraît la plus souhaitable pour répondre aux besoins existants et futurs en matière de santé physique et mentale est celle d'essayer de trouver un compromis.

b. Un compromis possible ?

Si un compromis entre ces deux aspects de la santé semble envisageable, c'est tout d'abord parce qu'ils sont fortement liés : les personnes ayant des problèmes de santé physique sont plus à même de développer des problèmes de santé mentale, et les personnes ayant des problèmes de santé mentale ont une forte tendance à développer des problèmes de santé physique.

Par exemple, les liens étroits qu'entretiennent le VIH/sida et les problèmes de santé mentale sont documentés et affirmés depuis de nombreuses années. Dans un rapport du Secrétariat de l'OMS datant de novembre 2008, il est expliqué que :

*« les problèmes de santé mentale, y compris les troubles liés à la consommation de substances, sont associés à un risque accru d'infection à VIH et de sida et ont une incidence sur leur traitement et, inversement, certains troubles mentaux sont une conséquence directe de l'infection à VIH »*³⁰⁰.

L'année suivante, la Fédération mondiale pour la santé mentale avançait dans un rapport que les personnes atteintes du VIH/sida couraient davantage le risque de faire une dépression par rapport au reste de la population mondiale, et que le cumul de ces deux problèmes pouvait avoir des conséquences dramatiques³⁰¹. Une étude réalisée en Zambie à cette période montrait que *« 85% des femmes enceintes déclarées positives au VIH souffraient d'épisodes de grave dépression et que nombre d'entre elles avaient des pensées suicidaires »*³⁰².

Dans son *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*, l'OMS confirme la forte influence que peuvent exercer les problèmes de santé mentale sur les problèmes de santé physique – et réciproquement. Elle soutient notamment que la dépression accroît le risque de développer du diabète, un cancer ou encore un infarctus du myocarde, et qu'inversement, ces problèmes de santé physique augmentent le risque de développer une dépression³⁰³.

<https://www.who.int/fr/news/item/22-09-2019-countries-must-invest-at-least-1-more-of-gdp-on-primary-health-care-to-eliminate-glaring-coverage-gaps>

²⁹⁹ *Ibid.*

³⁰⁰ OMS, Rapport du Secrétariat, VIH/sida et santé mentale, EB124/6, 20 novembre 2008, p.1.

³⁰¹ F. Kastler, *10. La santé mentale en Afrique*, op. cit. (supra note 220), p.170.

³⁰² ONUSIDA, *Trouver des appuis dans le domaine du VIH et de la santé mentale en Afrique*, 2 février 2008 : <https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2008/february/20080202hivmentalhealth>

³⁰³ OMS, *Plan d'action global*, op. cit. (supra note 230), §12, p.4.

De même, l’OMS souligne que des facteurs de risque sont communs aux problèmes de santé physique et de santé mentale ; à savoir le niveau de stress, la précarité et l’alcoolisme³⁰⁴.

Enfin, les maladies psychosomatiques (du grec *psyché*, l’âme et *soma*, le corps) illustrent bien cette forte connexion entre la santé physique et la santé mentale. Il s’agit de problèmes de santé physique qui sont causés ou aggravés par des facteurs psychogènes. Dès 1964, le Comité d’experts de la santé mentale de l’OMS avait recommandé de « *développer l’optique psychosomatique si l’on veut progresser vers une véritable médecine globale, holistique* »³⁰⁵.

Cette forte connexion entre les problèmes de santé physique et de santé mentale conforte l’idée qu’un compromis serait envisageable. C’est en tout cas ce que l’OMS affirme dans son Plan d’action : elle prône l’intérêt que pourrait avoir la mise en place de services de santé communs, ainsi que l’intérêt de mutualiser les efforts pour mobiliser les ressources disponibles³⁰⁶.

Il s’agirait, entre autres, d’intégrer les services de santé mentale au sein d’infrastructures plus générales, tels que des services de santé physique, « *et notamment dans les programmes de santé maternelle, sexuelle, reproductive et de santé de l’enfant et les programmes de lutte contre le VIH/sida et les maladies chroniques non transmissibles* »³⁰⁷. Il est estimé qu’une telle intégration de la santé mentale dans des services de santé physique faciliterait l’accès d’un plus grand nombre d’usagers à des soins de meilleure qualité, et en même temps moins coûteux³⁰⁸.

Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé physique et mentale partage le même avis. Il déclare notamment que « *pour parvenir à une égalité entre santé physique et mentale, la santé mentale doit être intégrée dans les soins de santé primaires et généraux* »³⁰⁹,

Les soins de santé primaires sont définis comme des soins essentiels, « *rendus universellement accessibles à tous les individus [...] avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement...* »³¹⁰.

Les soins de santé primaires constituent souvent le premier contact de l’usager avec le système de santé ; y intégrer la santé mentale permettrait donc d’assurer une prise en charge rapide.

Selon le Rapporteur SPM, pour que cette intégration ait lieu, il faut que tous les acteurs concernés participent ensemble à l’élaboration de nouvelles politiques publiques. Il peut en ce

³⁰⁴ *Ibid.*

³⁰⁵ Comité OMS d’experts de la santé mentale, *Les troubles psychosomatiques*, treizième rapport, 1964, p.28.

³⁰⁶ OMS, *Plan d’action global*, *op. cit.* (*supra* note 230), §12, p.4.

³⁰⁷ OMS, *Plan d’action global*, *op. cit.* (*supra* note 230), §14, p.5.

³⁰⁸ *Ibid.*

³⁰⁹ Conseil des droits de l’homme, Rapport du Rapporteur SPM, *op. cit.* (*supra* note 44), §88, p.22.

³¹⁰ Article 6 de la Déclaration d’Alma-Ata, adoptée à l’issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, 12 septembre 1978.

sens être opportun de s'appuyer sur le droit de la santé, car le cadre qu'il propose « *fournit aux États des orientations sur la manière dont les politiques fondées sur les droits, et les investissements, doivent être canalisés de façon à assurer la dignité et le bien-être de tous* »³¹¹. Suivant ce modèle, des structures hybrides (comportant des services de santé physique et des services de santé mentale) ont déjà été créées. C'est le cas par exemple de la clinique Luthando à Soweto, en Afrique du sud. Des psychiatres avaient remarqué que des personnes ayant des problèmes de santé mentale peinaient à obtenir un traitement pour des problèmes de santé physique, notamment pour le VIH/sida. En effet, bien qu'ils faisaient partie des groupes de personnes les plus touchés par le virus du sida³¹², les professionnels de santé estimaient qu'ils n'allaient pas suffisamment adhérer au traitement et que les effets secondaires (principalement les effets neurologiques) leur seraient particulièrement pénibles ; ils refusaient donc souvent de leur en prescrire, ce qui les laissait à leur sort et les exposait à une mortalité élevée³¹³. Aussi, ces psychiatres ont décidé d'élaborer un programme spécialement dédié aux personnes séropositives ayant des problèmes de santé mentale, pour leur fournir des soins de santé physique et mentale appropriés à leurs besoins. En deux ans, la clinique Luthando a fourni des traitements à plus de 500 personnes et apparaît comme une référence en la matière³¹⁴. Le cas de cette clinique illustre qu'un compromis entre santé physique et santé mentale est envisageable : des services de santé physique peuvent parfaitement fusionner avec des services de santé mentale afin de se partager les ressources et de fournir les meilleurs soins possibles.

Ainsi, bien que la communauté internationale ait reconnu ces dernières années que la santé mentale est primordiale, qu'elle constitue même un « *impératif sanitaire au niveau mondial, notamment dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030* »³¹⁵, la pleine réalisation du droit à la santé mentale demeure encore compromise. En cause notamment, le fait que la santé mentale soit happée par d'autres catégories davantage reconnues et promues en droit international des droits de l'homme : le handicap et la santé physique.

³¹¹ Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur SPM, *op. cit.* (*supra* note 44), §88, p.22.

³¹² G. Jonsson *et al.*, *Human rights, mental illness and HIV : The Luthando Neuropsychiatric HIV Clinic in Soweto, South Africa*, 20 août 2013, disponible sur : <https://www.hhrjournal.org/2013/08/human-rights-mental-illness-and-hiv-the-luthando-neuropsychiatric-hiv-clinic-in-soweto-south-africa/>. Traduit de l'anglais : « *Although it is true that any member of the general population can become infected with HIV, the burden of the disease is heavier among certain populations. Chief among these are patients who also suffer from mental illnesses. In South Africa, it is estimated that 26.5% of patients with mental illness also have HIV* ».

³¹³ *Ibid.* Traduit de l'anglais : « *these and other issues have resulted in severely limited access to HIV care and treatment for this vulnerable section of the population, many of whom go on to be exposed to the morbidity and mortality associated with untreated HIV* ».

³¹⁴ *Ibid.*

³¹⁵ Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur SPM, *op. cit.* (*supra* note 44), §88, p.22.

Outre l'augmentation des investissements ou la fusion avec des services de santé physique, la solution réside peut-être également dans quelque chose de moins matériel. En effet, si la santé mentale fait autant débat, c'est qu'il y a un manque de consensus à son sujet. Il pourrait alors être salvateur de s'intéresser aux perceptions qu'ont les sociétés de la santé mentale.

B. Surmonter le manque de consensus des parties prenantes

L'urgence d'agir en faveur de la santé mentale est connue et réaffirmée fréquemment depuis le début du XXI^{ème}. Lors de la 54^{ème} Assemblée mondiale de la santé de 2001, les Ministres de la santé des États parties énonçaient que « *l'ampleur même des troubles mentaux et le fardeau social et économique énorme qu'ils font peser sur les familles et la communauté justifient l'urgence de l'appel en faveur d'initiatives mondiales et nationales pour la santé mentale* »³¹⁶. Pourtant, tel que vu précédemment, si la santé physique a connu de nettes améliorations à travers le monde depuis la fin de la Seconde guerre mondiale (notamment par la forte baisse des taux de mortalité), il n'en va pas de même pour la santé mentale³¹⁷. Le consensus d'agir en faveur de la santé mentale n'a pas connu de traduction concrète dans la pratique des acteurs.

Il y aurait donc, au-delà du consensus apparent sur la question, un dissensus sous-jacent.

Qu'est-ce qui expliquerait un tel dissensus chez les acteurs des droits de l'homme ?

Une première source explicative concernant les problèmes de santé mentale serait que les modèles médical et sécuritaire ont toujours un fort impact sur la vision qu'ont les populations de ces problèmes. Les États n'investissent pas assez dans des campagnes d'information et de sensibilisation qui permettraient d'inverser cette tendance, et ne mènent pas non plus les réformes nécessaires pour parachever le changement de paradigme entériné par la CRPD.

La seconde source explicative résiderait dans le fait que chaque société a sa propre conception de la santé mentale. Partant, il est délicat pour toutes les sociétés de se mettre d'accord sur ce qu'est la santé mentale ; la promouvoir de façon uniforme apparaît alors comme impossible.

Il est nécessaire de comprendre cela pour comprendre les blocages présents actuellement, et donc de revenir plus en détail sur ce qui cause ces difficultés d'appréhension (1).

Cependant, quelques améliorations ont pu être constatées. Il convient donc d'examiner les solutions existantes pour surmonter ces difficultés d'appréhension (2).

³¹⁶ OMS, *Santé mentale : les ministres appellent à l'action*, Tables rondes ministérielles 2001, 54^{ème} Assemblée mondiale de la santé, p.10.

³¹⁷ *Ibid.*, p.6.

1. Les sources des difficultés d'appréhension de la notion de santé mentale

La santé mentale est une notion complexe à cerner, tout d'abord parce qu'elle est peu visible. En effet, il est plus aisé de notifier un problème de santé physique qu'un problème de santé mentale, une jambe cassée plutôt qu'un état de stress post-traumatique. Même si cela peut sembler anecdotique et sans incidence sur la reconnaissance du droit à la santé mentale, voire paraître comme un atout pour la personne qui a des problèmes de santé mentale³¹⁸, cette invisibilité aux yeux des tiers s'étend aux yeux de la société. Or, si la société ne voit pas les problèmes de santé mentale ni l'intérêt de promouvoir la santé mentale pour tous, elle risque de sous-estimer le phénomène, et donc de prendre peu de mesures pour aider les individus. Par ailleurs, un autre phénomène tendant à complexifier la compréhension de la notion de santé mentale est la pratique consistant à la confondre avec les problèmes de santé mentale. Comme vu précédemment, le raccourci a souvent été fait mais a là encore le même effet que l'invisibilité de la santé mentale : si des mesures peuvent éventuellement être prises pour aider les personnes ayant des problèmes de santé mentale à aller mieux, peu de mesures seront prises aux fins d'améliorer la santé mentale pour tous les individus, alors qu'il s'agit d'un enjeu fondamental. Enfin, si la notion de santé mentale semble si compliquée à cerner, c'est aussi et surtout parce que chaque société porte un regard qui lui est propre sur ce qu'est la santé mentale. Malgré les efforts d'uniformisation des définitions et pratiques entourant le domaine de la santé pour conférer la même protection à tous les citoyens du monde, les sociétés ont conservé des traces de leurs croyances et pratiques traditionnelles, qui sont propres à leur culture. Pour certaines de ces sociétés, la santé mentale est même un sujet tabou qu'il ne faut pas aborder, ce qui augmente la stigmatisation et rend encore plus complexe son appréhension par les acteurs. La notion de santé mentale est ainsi différente selon les lieux, mais elle est également différente selon les époques ; en témoigne par exemple l'évolution continue du champ lexical employé par les acteurs concernés par la santé mentale au fil des décennies, ou encore les retraits opérés par l'OMS de certaines minorités sexuelles et de genre de sa classification des maladies (CIM).

³¹⁸ Homewood santé, *Les blessures invisibles des troubles de santé mentale* : « cette invisibilité peut être considérée à prime abord comme un pouvoir magique pour ceux qui souffrent de troubles de santé mentale. On peut en effet cacher ses symptômes, et personne ne les verra, n'est-ce pas ? Ne disparaissent-ils pas ainsi comme sont disparus les monstres sous notre lit d'enfant ? », disponible sur : <https://homewoodhealth.com/sante/5a12fe96f90eae021dfd5acd/les-blessures-invisibles-des-troubles-de-sante-mentale>

Outre ces différences selon les lieux et les époques, l'ensemble de normes régissant une société peuvent également avoir une forte influence sur la façon de percevoir la santé mentale ; la psychiatrisation des écarts à la norme est ainsi un phénomène qui a souvent été dénoncé.

Il convient tout d'abord d'examiner les différences selon le cadre spatio-temporel.

a. Les différences de perception selon le cadre spatio-temporel

Pour illustrer cette idée, il peut être utile d'examiner un cas emblématique : l'homosexualité.

Si l'homosexualité était encadrée durant l'Antiquité, elle fut réprimée par les religions, et peu à peu considérée comme un problème de santé mentale dans beaucoup de régions du monde.

Lorsqu'Edgas Moniz élaborait la technique de la lobotomie dans les années 1930, il avait à l'esprit que cette technique servirait à « *guérir* » les personnes homosexuelles³¹⁹.

Tantôt tolérée, tantôt pénalisée, l'homosexualité fut inscrite dans les deux ouvrages de référence qui recensent les problèmes de santé mentale depuis la seconde moitié du XX^e siècle, à savoir le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) de l'Association américaine de psychiatrie, et la Classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS.

Un premier changement survint en 1973, lorsque l'Association américaine de psychiatrie retira l'homosexualité de la liste des problèmes de santé mentale du DSM. Elle fut remplacée par « *perturbation de l'orientation sexuelle, c'est-à-dire l'homosexualité mal vécue* »³²⁰ ; autrement dit, c'est seulement si la personne souffre de son homosexualité que cette dernière sera considérée comme un problème de santé mentale. Il s'agit d'un progrès en demi-teinte, car les personnes homosexuelles subissent énormément de discriminations, ce qui peut les conduire à un état de détresse psychologique sans pour autant vouloir changer leur orientation sexuelle.

Dix-sept ans plus tard, le 17 mai 1990, l'OMS retira à son tour l'homosexualité de la CIM³²¹.

Si aujourd'hui l'homosexualité n'est plus considérée comme un problème de santé mentale par les parties prenantes, certains estiment que c'en est toujours un. En témoigne notamment le fait qu'au printemps 2021, 69 pays répriment encore l'homosexualité, et que dans 11 d'entre eux,

³¹⁹ Interview de L.-G. Tin, revue *Historia* n°698 S, février 2005, pp.78-79, disponible sur : <http://culture-et-debats.over-blog.com/article-287249.html>

³²⁰ M. Minard, *Robert Spitzer et le diagnostic homosexualité du DSM-II*, Sud/Nord, Érès, 2009, n°24, p.80.

³²¹ OMS, *Mettre fin à la discrimination contre les hommes et les femmes homosexuels*, Bureau régional de l'Europe, 17 mai 2011, disponible sur : <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/gender/news/news/2011/05/stop-discrimination-against-homosexual-men-and-women>

l'homosexualité est toujours passible de la peine de mort³²² ; en témoigne également le fait que les thérapies de conversion sont encore proposées dans de nombreux pays³²³.

Le cas de l'homosexualité illustre parfaitement en quoi la notion de problème de santé mentale – et *in fine* de santé mentale – peut être évolutive selon les époques et selon les lieux.

En 2010, un livre du journaliste américain Ethan Watters, *Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche*, fit grand bruit dans le domaine de la santé mentale. L'auteur y développe la théorie selon laquelle la notion de santé mentale est imposée par les États-Unis au reste du monde, car à l'origine, « *les problèmes de santé mentale n'ont jamais été les mêmes de part et d'autre du globe (que ce soit en termes de prévalence ou de forme), mais sont inévitablement déclenchés et façonnés par les endroits et périodes où ils se trouvent* »³²⁴. À l'appui de cette théorie, quatre exemples qui seraient significatifs de ce phénomène sont choisis.

Concernant les différences selon les territoires, l'auteur explique que depuis des décennies, les experts des pays occidentaux se seraient évertués à propager leurs connaissances sur les problèmes de santé mentale auprès des experts des autres pays, et que cette diffusion agressive de la vision occidentale a abouti à « *exporter* » le répertoire des problèmes de santé mentale, lesquels étaient initialement typiquement occidentaux, au reste du monde³²⁵.

Pour plusieurs chercheurs en effet, chaque culture comprendrait et exprimerait le bien-être mental, la détresse psychologique ou les problèmes de santé mentale d'une façon qui lui est propre, et posséderait également sa propre perception de la psychologie humaine³²⁶.

Par exemple, Norman Sartorius, ancien responsable de la division Santé mentale de l'OMS, expliquait qu'en Occident, l'anxiété renvoie à un état où l'on se sent comprimé, à l'étroit, et que « *ce concept d'étroitesse n'est pas présent chez les Iraniens, qui se réfèrent plutôt à un problème lié à leur cœur. Quant aux Africains qui parlent lingala, ils vont vous décrire quelque chose qui vibre en eux, comme une branche qu'un oiseau vient de quitter* »³²⁷.

³²² Observatoire des inégalités, *Dans 69 pays sur 193, l'homosexualité est interdite*, 17 mai 2021, disponible sur : https://www.inegalites.fr/Dans-69-pays-sur-193-l-homosexualite-est-interdite?id_theme=19

³²³ L. Chiquer, C. Cottais, D. C. Kasanga, N. Ouattara et J. Pavard, *Les « thérapies de conversion » à travers le monde : une torture encore trop peu connue*, Grow Think Tank, 28 octobre 2020, p.3.

³²⁴ E. Watters, *The Americanization of mental illness*, New York Times magazine, 8 janvier 2010, disponible sur : <https://www.nytimes.com/2010/01/10/magazine/10psyche-t.html>. Traduit de l'anglais : « *mental illnesses have never been the same the world over (either in prevalence or in form) but are inevitably sparked and shaped by the ethos of particular times and places* ».

³²⁵ *Ibid.* Traduit de l'anglais : « *For more than a generation now, we in the West have aggressively spread our modern knowledge of mental illness around the world [...] in the process of teaching the rest of the world to think like us, we've been exporting our Western "symptom repertoire" as well* ».

³²⁶ F. Kastler, *10. La santé mentale en Afrique*, op. cit. (supra note 220), p.173.

³²⁷ Interview de N. Sartorius, Lucia S., *Tour du monde de la folie*, Le Temps, 9 mai 2013, disponible sur : <https://www.letemps.ch/sciences/tour-monde-folie>

Par extension, cela signifierait qu'à côté des problèmes « occidentaux » de santé mentale, il existerait des problèmes spécifiques à chaque région du monde. L'auteur explique que chez certaines populations d'Asie du Sud-est sont observés des problèmes de santé mentale qui ne se retrouvent pas (ou très peu) dans d'autres régions du monde. Il cite notamment le Amok, signifiant « *rage incontrôlable* », qui consiste en un mécanisme de décompensation brutale. L'individu en proie à ce problème développe un accès de violence meurtrière à l'égard de tiers, suivi d'une période d'amnésie³²⁸. Ce type de problème de santé mentale avait notamment déjà été relaté par des soldats présents dans les tranchées lors de la Première Guerre Mondiale : ils décrivent comment d'autres soldats ont pu se diriger vers les tranchées ennemies dans l'intention de tuer le plus d'ennemis possible, et également de mettre fin à leurs jours³²⁹.

Chez certaines populations d'Asie du Sud-Est est également observé le syndrome de Koro : la personne qui en souffre est convaincue que ses organes génitaux vont disparaître en se rétractant dans son corps, ce qui occasionne une anxiété sévère et la certitude de mourir bientôt.

Une épidémie de Koro a notamment été recensée à Singapour en 1967, suite à une affaire de viande empoisonnée, et des cas isolés ont été relevés au Québec et en Europe. Des chercheurs distinguent ainsi d'un côté des cas épidémiques de ce syndrome, qui seraient directement liés à la culture, et d'un autre côté des cas isolés qui peuvent survenir n'importe où dans le monde, sans lien avec la culture mais en comorbidité avec d'autres problèmes de santé mentale³³⁰.

Ainsi, il existerait bel et bien des différences quant aux problèmes de santé mentale présents selon les cultures et les territoires. Toutefois, ces problèmes de santé mentale spécifiques à des cultures et régions du monde qui ne sont pas occidentales seraient généralement considérés par les professionnels de santé mentale comme des « *spectacles de carnaval* »³³¹ ; en atteste la place marginale qu'ils occupent dans le DSM-IV, lequel les définit comme des « *troubles liés à la culture* », ainsi que dans le DSM-V qui les qualifie de « *concepts culturels de détresse* ».

Selon l'auteur, la dépression serait un problème de santé mentale particulièrement révélateur de cette « *psychiatrie mondialisée* » qu'il dénonce. Au Japon, l'équivalent clinique de la dépression était l'*utsubyo*, mais ce dernier différait grandement de la « version américaine » : en effet, l'*utsubyo* « *décrivait une pathologie aussi dévastatrice et aussi stigmatisante que la*

³²⁸ E. Watters, *The Americanization of mental illness*, op. cit. (supra note 324).

³²⁹ *Les carnets de l'aspirant Laby, médecin dans les tranchées (28 juillet 1914-14 juillet 1919)*, préface de S. Audoin-Rouzeau, Paris, Bayard Éditions, 18 septembre 2001, rééd. 2013, 354 p.

³³⁰ E. Stip, T. Bergeron et al., *Le syndrome de Koro*, Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, 27 avril 2007, disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/60764/le-syndrome-de-koro>.

³³¹ E. Watters, *The Americanization of mental illness*, op. cit. (supra note 324). Traduit de l'anglais : « *illnesses found only in other cultures are often treated like carnival sideshows* ».

schizophrénie, et rare de surcroît »³³². Cela compromettait la vente d'antidépresseurs sur le territoire japonais. Aussi, la firme qui les commercialisait, le groupe GlaxoSmithKline, décida de modifier l'image qu'avaient les Japonais de la dépression. Pour cela, GlaxoSmithKline présenta ce problème de santé mentale comme un simple « *rhume de l'âme* »³³³, ce qui permit de faire généraliser le diagnostic et de commercialiser avec succès les antidépresseurs. Les exemples susmentionnés indiquent que des différences parfois flagrantes peuvent exister dans les répertoires des problèmes de santé mentale des diverses régions et cultures à travers le monde. Cela a une incidence pour les parties prenantes, car il est de fait complexe de dégager une notion de santé mentale qui mettrait d'accord toutes les sociétés du monde.

Un autre élément peut lui aussi avoir une forte incidence sur le répertoire des problèmes de santé mentale : l'écoulement du temps. En effet, il est intéressant de constater à quel point les répertoires des problèmes de santé mentale peuvent évoluer à travers les époques. Pour le journaliste Ethan Watters, « *la diversité que l'on peut trouver à travers les cultures peut également être observée à travers le temps* »³³⁴. Plusieurs exemples illustrent ce phénomène.

À la fin du XIX^{ème} siècle, un premier cas d'errance et de « *voyage pathologique* » fut observé en France. Un nouveau problème de santé mentale naquit, appelé fugue dissociative.

Dans son livre *Les fous voyageurs* paru en 2002, le philosophe Ian Harding documente ce cas et les nombreux autres qui ont suivi en Europe durant plusieurs décennies. Il explique que ce problème de santé mentale est éphémère. En effet, ce diagnostic est apparu lors d'une période particulière (émergence du tourisme populaire et aversion pour le vagabondage³³⁵) ; il a ensuite été posé de nombreuses fois durant les décennies qui ont suivi, puis il s'est réduit pour n'avoir aujourd'hui qu'une place minime parmi les problèmes de santé mentale³³⁶.

Ce diagnostic figure toujours dans le DSM et la CIM, mais il n'est plus reconnu de façon autonome, disparaissant derrière d'autres diagnostics, tels que les troubles bipolaires, le trouble dissociatif de l'identité ou la démence³³⁷. La peur du vagabondage disparut elle aussi, ce qui explique la moindre importance qui fut accordée à la fugue dissociative par la suite.

³³² E. Watters, *Une psychiatrie mondialisée. Comment l'Occident exporte ses troubles mentaux*, Courrier International, 3 mars 2010, disponible sur : <https://www.courrierinternational.com/article/2010/03/04/comment-l-occident-exporte-ses-troubles-mentaux>

³³³ *Ibid.*

³³⁴ E. Watters, *The Americanization of mental illness*, op. cit. (supra note 324). Traduit de l'anglais : « *the diversity that can be found across cultures can be seen across time as well* ».

³³⁵ N. Leroux, *Pour en lire plus : Quand le voyage devient pathologique... Les fous voyageurs*, in *Téoros*, Tourisme sportif et santé, 2021, disponible sur : <https://journals.openedition.org/teoros/9986>

³³⁶ *Ibid.* : « *de 77 articles publiés mentionnant ce diagnostic avant 1910, on passe à seulement 15 après 1918* ».

³³⁷ *Ibid.*

Autre problème de santé mentale très répandu jusqu'au XXème siècle : l'hystérie.

Les premiers diagnostics de l'hystérie remontent dès l'Antiquité. Si ce problème de santé mentale était perçu comme ayant une origine exclusivement utérine, il a ensuite été désésexualisé à partir du XVIIIème siècle. Ce diagnostic a toutefois continué à être posé en grande majorité pour des femmes³³⁸. Selon le journaliste Ethan Watters, ce problème de santé mentale qui affectait les femmes issues de la classe moyenne à la fin du XIXème siècle :

« nous donne non seulement une compréhension viscérale des restrictions imposées aux rôles sociaux des femmes à l'époque, mais peut également être considérée de cette distance comme un rôle social lui-même - les esprits inconscients troublés d'une certaine classe de femmes parlant l'idiome de la détresse de leur temps »³³⁹.

Son diagnostic fut ainsi très courant pendant plusieurs siècles avant d'être complètement abandonné à la fin du XXème siècle. Sa connotation très péjorative à l'égard des femmes avait vivement été critiquée, et les professionnels de santé mentale se sont à cette période tournés vers l'étude d'autres problèmes de santé mentale, notamment le trouble dissociatif de l'identité. Le diagnostic de l'hystérie ne fait plus aujourd'hui partie du DSM ni de la CIM, mais certains de ses éléments sont répartis dans d'autres problèmes de santé mentale, notamment le trouble dissociatif de l'identité et le trouble de la personnalité histrionique.

Enfin, le statut de la transidentité a également beaucoup évolué ces dernières années.

La transidentité fut inscrite dès 1838 par le psychiatre Jean-Étienne Esquirol dans son traité *Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal*, et fut donc considérée comme un problème de santé mentale pendant les décennies suivantes.

Ce n'est que le 27 mai 2019, lorsque l'assemblée de l'OMS vota la nouvelle version de la CIM, que la transidentité fut retirée des problèmes de santé mentale. Elle est toutefois placée dans la catégorie d'« incongruence de genre »³⁴⁰ dans un nouveau chapitre dédié à la santé sexuelle, et dans la catégorie « dysphorie de genre » du DSM. L'Association américaine de psychiatrie insiste toutefois sur le fait que c'est la transphobie qui cause le mal-être, pas la transidentité.

³³⁸ C. Arce, *L'hystérie, la démence... pour accabler les femmes, toutes sortes de maladies ridicules ont été inventées dans le passé*, Terrafemina in The Huffington Post, 4 avril 2015, disponible sur : https://www.huffingtonpost.fr/2015/04/04/hysterie-demence-accabler-femmes-maladies-ridicules_n_7000090.html

³³⁹ E. Watters, *The Americanization of mental illness*, op. cit. (supra note 324). Traduit de l'anglais : « *The hysterical-leg paralysis that afflicted thousands of middle-class women in the late 19th century not only gives us a visceral understanding of the restrictions set on women's social roles at the time but can also be seen from this distance as a social role itself — the troubled unconscious minds of a certain class of women speaking the idiom of distress of their time* ».

³⁴⁰ Les Inrocks, *L'OMS retire la transidentité des maladies mentales : "Une amélioration encore imparfaite"*, 28 mai 2019, disponible sur : <https://www.lesinrocks.com/actu/loms-retire-la-transidentite-des-maladies-mentales-une-amelioration-encore-imparfaite-155103-28-05-2019/>

Ce constat est confirmé par la psychologue Françoise Sironi, qui explique que ce sont les « *carcans idéologiques et politiques* »³⁴¹ qui sont source de souffrance pour les individus.

Si la perception de la transidentité a bien changé à travers le monde et qu'elle n'est plus considérée comme un problème de santé mentale pour les parties prenantes, il faut cependant rappeler que les personnes transgenres font encore l'objet de nombreuses discriminations, et que la onzième version de la CIM votée en 2019 n'entrera en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2022. Par ailleurs, la nouvelle version de la CIM est largement critiquée par les activistes. Transgender Europe dénonce plusieurs éléments : le côté stigmatisant du terme « *incongruence de genre* », lequel suggère l'idée qu'une anomalie est présente chez la personne, et le choix de mentionner la transidentité uniquement dans un chapitre dédié à la santé sexuelle, alors qu'« *être trans ce n'est pas juste une question de sexualité, mais une question d'identité* »³⁴².

Les exemples susmentionnés prouvent que selon les époques, le répertoire des problèmes de santé mentale peut évoluer. Cela complique le travail des parties prenantes, car la notion de santé mentale évolue en même temps qu'évoluent les sociétés.

b. Le poids des normes et la psychiatisation des écarts à la norme

À côté des différences de perception qui résultent du cadre spatio-temporel, des différences dans l'appréhension de la notion de santé mentale peuvent être induites par les normes régissant une société. Ces normes sont souvent induites par le pouvoir politique en place.

Le philosophe David Simard soulignait à ce titre les interférences qui peuvent exister entre le pouvoir politique et le savoir scientifique, et « *l'influence du premier sur la constitution du second, en même temps que le rôle du second dans l'exercice du premier* »³⁴³.

Ainsi, dans un même lieu ou une même époque, la perception de la notion de santé mentale peut évoluer, et de nouvelles normes contraires aux précédentes peuvent être développées.

Un exemple assez pertinent est le projet de protocole additionnel à la convention d'Oviedo.

Ce projet a rencontré de vives oppositions, de la part d'États, du Comité des droits des personnes handicapées, de rapporteurs spéciaux, ou encore d'organes du Conseil de l'Europe³⁴⁴.

³⁴¹ F. Sironi, *Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres*, Paris, Odile Jacob, 2011, 269 p. in C. Fabre, "Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres", de Françoise Sironi : *identités "trans"*, 16 juin 2011, disponible sur : https://www.lemonde.fr/livres/article/2011/06/16/psychologie-s-des-transsexuels-et-des-transgenres-de-francoise-sironi_1536797_3260.html

³⁴² Les Inrocks, *L'OMS retire la transidentité des maladies mentales*, op. cit. (supra note 340).

³⁴³ D. Simard, *Du transsexualisme comme trouble mental à l'incongruence de genre comme problème de santé sexuelle*, 15 octobre 2018, disponible sur : <http://www.davidsimard.fr/du-transsexualisme-comme-trouble-mental-a-lincongruence-de-genre-comme-probleme-de-sante-sexuelle/>

³⁴⁴ Human Rights Watch, *Conseil de l'Europe : Les droits des personnes handicapées menacés*, 21 novembre 2018, disponible sur : <https://www.hrw.org/fr/news/2018/11/21/conseil-de-leurope-les-droits-des-personnes-handicapees-menaces>

Dans sa *Recommandation 2091 de 2016*, l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe avait conclu que ce projet était contraire à la CRPD, car il maintenait alors un lien entre les mesures réalisées contre la volonté de la personne et son problème de santé mentale³⁴⁵.

Elle avait en ce sens recommandé aux parties prenantes d'abandonner ce projet de protocole additionnel et de concentrer leurs efforts « *sur la promotion d'alternatives aux mesures involontaires en psychiatrie* »³⁴⁶, dont la participation des personnes concernées aux décisions. Il est curieux de constater qu'un texte élaboré par un comité relevant d'une organisation de défense des droits de l'homme contrevient ainsi aux normes internationales en la matière ; mais outre le risque de développer des normes contraires, il est intéressant de constater à quel point les normes morales peuvent influencer sur l'élaboration de normes juridiques.

Le poids des normes morales, sociales, politiques, familiales ou encore environnementales joue en effet un grand rôle dans l'élaboration des règles juridiques, notamment celles encadrant ce qu'il faut entendre par problèmes de santé mentale. Comme l'expliquait l'OMS en 2005 dans son *Ouvrage de référence*, poser une définition de ces problèmes n'est pas chose aisée : le débat peut même être intense, car il y a parfois des incertitudes sur les problèmes qui peuvent entrer dans cette définition. De façon générale, pour l'OMS, « *la définition des troubles mentaux qu'adopte une législation nationale dépend de beaucoup de facteurs* »³⁴⁷, parmi lesquels figure le « *contexte social, culturel, économique et juridique des différentes sociétés* »³⁴⁸.

En France, le CGLPL confirme cette analyse dans son rapport Soins sans consentement et droits fondamentaux. Il y explique que la mondialisation a engendré la nécessité d'élaborer un langage qui soit commun à toutes les parties prenantes, et que cela :

« *a justifié la création d'outils de communication entre les professionnels comme le DSM 5 ou la CIM 10 qui sont de grands répertoires descriptifs de la symptomatologie des troubles mentaux définis comme a-théoriques mais empreints des normes sociales, familiales, politiques de leurs auteurs* »³⁴⁹.

Ainsi, en dépit de la neutralité axiologique voulue par les rédacteurs de ces manuels, force est de constater que les classifications qu'ils proposent sont empreintes des normes morales qui se situent dans l'environnement de ces derniers ; cela explique notamment que les problèmes de

³⁴⁵ APCE, *Recommandation 2091*, *op. cit.* (*supra* note 89).

³⁴⁶ *Ibid.*, §11, p.2.

³⁴⁷ M. Freeman, S. Pathare *et al.*, *Ouvrage de référence*, *op. cit.* (*supra* note 127), p.21.

³⁴⁸ *Ibid.*, p.22.

³⁴⁹ CGLPL, *Soins sans consentement*, *op. cit.* (*supra* note 210), p.10.

santé mentale non occidentaux soient relégués à une place marginale dans ces ouvrages, car les rédacteurs ne sont pas confrontés à ces derniers dans leur environnement.

En plus de produire des normes juridiques influencées par les normes morales, le poids des normes morales entraîne aussi une psychiatrisation croissante des écarts à la norme.

Comme l'avance l'OMS dans son *Ouvrage de référence*, le fait de ne pas avoir une définition figée de ce que sont les problèmes de santé mentale peut « avoir des implications considérables lorsque, par exemple, une société choisit les types et la gravité des troubles mentaux devant faire l'objet d'un traitement et de services non volontaires »³⁵⁰. Elle alerte également sur le danger d'inclure les troubles de la personnalité dans les législations relatives à la santé mentale, car les diagnostics de troubles de la personnalité sont souvent utilisés contre les jeunes femmes, les dissidents politiques, les minorités et tout autre groupe vulnérable « chaque fois qu'ils ne se conforment pas aux normes sociales, culturelles, morales et religieuses dominantes »³⁵¹.

Autrement dit, s'ils choisissent d'adopter une attitude ou de faire des choix qui sont contraires aux normes de la société dans laquelle ils se trouvent, ces groupes vulnérables sont davantage exposés au risque de se faire exclure de la société par rapport aux autres groupes.

Comme l'expliquait le Rapporteur SPM en 2017, pendant de nombreuses années, les services de santé mentale obéissaient au modèle médical et au système asilaire. En conséquence de cela, des personnes ayant des problèmes de santé mentale et « des personnes qui ne se conformaient pas aux normes culturelles, sociales et politiques en vigueur étaient victimes d'exclusion, de négligence, de coercition et de violence »³⁵². Fort heureusement, les *Principes de 1991* comportaient des dispositions pour éviter que cela ne se reproduise³⁵³.

Toutefois, le rejet de tout ce qui ne se conforme pas à la norme demeure présent dans nos sociétés. Le CGLPL a notamment exploré cette problématique dans l'un de ses rapports, dénonçant une « normalisation étendue du comportement social »³⁵⁴. Il soutient également que la présence dans le DSM-V et la CIM-10 de catégories sur les troubles du comportement chez l'adulte traduit « cette question de la psychiatrisation des écarts à la norme sociale »³⁵⁵.

³⁵⁰ M. Freeman, S. Pathare *et al.*, *Ouvrage de référence*, *op. cit.* (*supra* note 127), p.21.

³⁵¹ *Ibid.*, p.22-23.

³⁵² Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur SPM, *op. cit.* (*supra* note 44), §8, p.4.

³⁵³ Principe 4, décision de maladie mentale : « 2. La décision de maladie mentale ne doit jamais se fonder sur des considérations politiques, économiques ou de situation sociale, ni d'appartenance à un groupe culturel, racial ou religieux, ni sur aucune autre considération n'ayant pas de rapport direct avec l'état de santé mentale.

3. Les conflits familiaux ou professionnels, ou la non-conformité aux valeurs morales, sociales, culturelles ou politiques ou aux convictions religieuses prévalant dans la société à laquelle une personne appartient ne doivent jamais être des facteurs déterminants dans le diagnostic de maladie mentale ».

³⁵⁴ CGLPL, *Soins sans consentement*, *op. cit.* (*supra* note 210), p.14.

³⁵⁵ *Ibid.*

Gérard Quinn, l'actuel Rapporteur PH, mentionnait lui aussi cette question dans l'ouvrage *Choisir et agir pour autrui*. Il y souligne combien il est absurde d'incriminer les personnes qui font des choix différents des autres et qui s'écartent en cela de la norme régissant la société dans laquelle ils vivent : « *il n'y a pas de justification supérieure à donner une place fondamentale à la rationalité dans la description de la personne et de son agentivité morale* »³⁵⁶.

Il questionne notre idéalisation constante de la rationalité, car il défend l'idée que la plupart des individus à travers le monde agissent et pensent de façon irrationnelle³⁵⁷.

Ainsi, chaque lieu, chaque époque et chaque société porte un regard différent sur la notion de santé mentale, et va se doter d'un répertoire des problèmes de santé mentale qui lui est propre. Ces éléments expliquent combien il peut être difficile pour les États de se comprendre et d'agir de la même façon en matière de reconnaissance d'un droit à la santé mentale.

Pour autant, certaines pistes ont déjà fait leurs preuves, puisqu'elles ont permis de surmonter quelques blocages en la matière. Cela laisse penser qu'il serait possible, dans un futur plus ou moins proche, de dépasser tous les obstacles existant autour de la réalisation de ce droit.

2. Des pistes pour surpasser ces difficultés d'appréhension

Les différences socio-culturelles sont une réalité qui empêche l'uniformisation de la notion de santé mentale, et surtout celle de la notion de problème de santé mentale.

Lorsque l'acteur américain Robin Williams s'est suicidé en 2014, Ted Malanda, un humoriste kényan, publia un article très critique sur la dépression. Il y expliquait qu'il ne considère pas la dépression comme un problème de santé mentale ; que pour lui, se suicider à cause d'une dépression « *n'est tout simplement pas Africain [...] cette question se pose si peu pour nous que les langues africaines n'ont jamais pris la peine d'inventer un mot pour décrire cela* »³⁵⁸.

Il ajoutait que certains problèmes de santé frappent seulement les Blancs et les célébrités.

Si ce constat semble sans appel au vu de tout ce qui a été énoncé précédemment, certains éléments permettent de tempérer ces propos. En effet, les travaux du psychiatre allemand Emil Kraepelin réalisés lors d'un voyage en Indonésie ont montré dès 1904 qu'il y avait des points

³⁵⁶ G. Quinn, *Une interprétation controversée*, op. cit. (supra note 122), p.24.

³⁵⁷ *Ibid.*, p.23.

³⁵⁸ T. Malanda, *How depression has never been an African disease*, The Standard, 2014, disponible sur : <https://www.standardmedia.co.ke/entertainment/crazy-monday/2000131772/how-depression-has-never-been-an-african-disease>. Traduit de l'anglais : « *but committing suicide because you are suffering from depression is simply not African [...] it is such a non-issue that African languages never bothered to create a word for it* ».

communs entre des problèmes de santé mentale spécifiques à certaines régions du monde et des problèmes de santé mentale qu'il avait rencontrés chez diverses personnes en Europe.

L'émergence de la psychiatrie comparée a ainsi mis en lumière le fait que derrière des différences apparentes se trouverait un « socle commun » de problèmes de santé mentale.

Pour Norman Sartorius, les problèmes de santé mentale les plus graves, comme la dépression majeure, la schizophrénie ou encore la démence, existent en réalité partout : « *je dirais que les maladies graves en psychiatrie ont une similarité remarquable d'une culture à l'autre, c'est pour des troubles plus légers qu'il y a des variations* »³⁵⁹. Il développe l'idée que si la dépression est perçue en Afrique comme un problème de santé mentale de Blancs, c'est qu'elle n'est pas considérée « *comme un motif de consultation valable pour les populations locales* »³⁶⁰, mais que ces populations sont également bel et bien touchées par ce problème.

Ainsi, les difficultés d'appréhension pourraient possiblement être surmontées. Pour cela, il faudrait en premier lieu que toutes les parties prenantes soient incluses dans les discussions relatives à la santé mentale, afin que chacune puisse apporter ses connaissances.

Il faudrait dans un second temps que ces échanges aboutissent à la mise en place d'une nouvelle approche, tournée vers la prise en compte des pratiques de chaque société.

a. Dialoguer avec l'ensemble des parties prenantes

En 1904, Emil Kraepelin n'était pas dérangé par le fait qu'il ne parlait pas la même langue que les individus qu'il examinait : « *il sera toujours intéressé par l'observation des symptômes au travers des cultures ; ne pas en connaître la langue ne constituait nullement un obstacle pour lui : « L'ignorance de la langue est une excellente condition d'examen »* »³⁶¹.

La parole étant l'un des principaux vecteurs permettant de savoir ce que pense et ressent une personne, s'en priver entraîne le risque d'une mauvaise prise en charge de l'individu.

Si désormais, les professionnels de santé mentale semblent avoir pleinement conscience de l'importance du recueil de la parole, il semble toutefois que tout n'ait pas été mis en place pour assurer un dialogue avec toutes les parties prenantes en matière de santé mentale. D'un côté, beaucoup de parties prenantes ont souvent été mises de côté lorsqu'il s'agissait d'élaborer des normes communes en la matière ; de l'autre, les acteurs ont souvent dépeint les différences linguistiques comme source de blocage, alors que celles-ci ne sont pas insurmontables.

³⁵⁹ Interview de N. Sartorius, Lucia S., *op. cit.* (*supra* note 327).

³⁶⁰ *Ibid.*

³⁶¹ G. Briole, *Emil Kraepelin, La fragilité d'une œuvre colossale in* La Cause Freudienne, 2009, n°73, p.120.

Concernant la mise de côté de certaines parties prenantes en matière de santé mentale, il convient pour illustrer ce propos de suivre l'élaboration des classifications et de l'OMS.

L'idée de réaliser une classification des maladies est assez ancienne : elle remonte à la fin du XVIIIème siècle. Au milieu du XIXème siècle, le Congrès international de Statistique souhaita l'élaboration d'une classification des causes de décès qui soit applicable à tous les pays ; une première liste fut adoptée en 1855, mais ne reçut jamais d'approbation universelle et fut révisée à de nombreuses reprises³⁶². En 1891, l'Institut international de Statistique chargea un comité, présidé par le statisticien français Jacques Bertillon, de réaliser une classification des causes de décès. La *Classification Bertillon* fut adoptée en 1893. Elle a été révisée cinq fois jusqu'en 1938, mais « *reçut l'approbation générale et fut adoptée par plusieurs pays, aussi bien que par de nombreuses villes* »³⁶³. Cependant en réalité, cette approbation « générale » se concentre chez les administrations statistiques d'Amérique du Nord, d'Amérique du Sud et d'Europe³⁶⁴. Les quatrième et cinquième révisions de la *Classification Bertillon* sont effectuées par une commission mixte, composée de représentants de l'Institut international de Statistique et de l'Organisation d'Hygiène de la nouvelle Société des Nations. La participation d'une organisation de la Société des Nations aux révisions de cette classification confère à cette dernière une dimension plus universelle, mais cela est discutable car l'ancêtre de l'Organisation des Nations unies ne comptait qu'un petit nombre d'États dans ses rangs.

Lors de la cinquième Conférence de révision, les participants mettent en avant la nécessité croissante d'élaborer, en parallèle de la nomenclature des causes de décès, une nomenclature des maladies. Cette dernière pourrait répondre « *aux besoins statistiques d'organisations tout à fait différentes, telles que les organisations d'assurance-maladie, les hôpitaux, les services de santé militaires, les administrations sanitaires et autres organismes similaires* »³⁶⁵.

En 1945, lorsque les États de la Conférence des Nations unies sur l'organisation internationale décident de créer l'OMS, une commission technique préparatoire est constituée par le Conseil économique et social. Elle est composée d'experts qui proviennent de seize pays, « *8 européens, 5 américains, 2 asiatiques et 1 africain* »³⁶⁶, ce qui interroge à nouveau sur son universalité.

³⁶² Inserm, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, Classification internationale des maladies (CIM-9), <https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/cim-9/historique>

³⁶³ Bulletin de l'OMS, *Manuel de classement statistique international des maladies, traumatismes et causes de décès, Sixième révision des Nomenclatures internationales des maladies et causes de décès*, volume 1, 1950, p.xvii.

³⁶⁴ *Ibid.*

³⁶⁵ *Ibid.*, p.xix.

³⁶⁶ Y. Beigbeder, *L'Organisation Mondiale de la Santé. Chapitre II. La naissance de l'OMS, ses objectifs et l'évolution de sa stratégie et de ses programmes*, 1995, disponible sur : <https://books.openedition.org/iheid/3967>

Ayant à l'esprit « *le caractère mondial de la lutte contre les maladies et la nécessité de créer des niveaux de santé plus élevés pour tous les peuples* »³⁶⁷, les membres de cette commission demandèrent à ce que des pays qui n'étaient pas membres de l'ONU, notamment les Autorités alliées de Contrôle présentes en Allemagne, au Japon et en Corée du Sud, ainsi que diverses organisations internationales puissent assister à la Conférence internationale de la santé.

Toutefois, ils n'ont été invités qu'en qualité d'observateurs, ce qui signifie qu'ils n'avaient pas le droit de voter ; en conséquence, leur influence sur le document final a été très faible.

Il est par ailleurs intéressant de noter la surreprésentation des États-Unis à cette Conférence : la délégation américaine était composée de vingt-quatre représentants, les autres délégations n'avaient en moyenne que cinq représentants et onze pays n'ont envoyé qu'un seul délégué³⁶⁸. La Conférence internationale de la santé élaborera la Constitution de l'OMS, et estima qu'il fallait concevoir une *Classification internationale des maladies, blessures et cause de décès* aux fins de combiner les statistiques sur la mortalité avec celles de la morbidité³⁶⁹.

En 1948, la sixième révision de la *Classification Bertillon* eut lieu, et le *Manuel de classement statistique international des maladies, traumatismes et causes de décès* fut adopté ; c'est ainsi que la CIM, qui est le « *standard international pour l'information sanitaire, pour l'évaluation et la surveillance de la mortalité, de la morbidité et des autres paramètres de santé* »³⁷⁰ naquit. La CIM-6 est la première version qui intègre les problèmes de santé mentale, et elle se trouve « *fortement influencée par la nomenclature de l'administration des vétérans (États-Unis)* »³⁷¹. Retracer l'histoire des classifications révèle à quel point cette histoire s'est avant tout écrite avec et par des acteurs occidentaux, venant des États-Unis et des pays européens.

Par ailleurs, le DSM ne viendra qu'appuyer ce constat ; il a été élaboré pour la première fois en 1952 par et pour des psychiatres américains de l'Association américaine de psychiatrie, qui estimait que l'inclusion des problèmes de santé mentale dans la CIM était insuffisante et qu'il était nécessaire de concevoir « *une « boîte à outils » pour la définition du diagnostic* »³⁷².

³⁶⁷ Actes officiels de l'OMS, *Débats et actes finaux de la Conférence internationale de la santé tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946*, juin 1948, p.5.

³⁶⁸ *Ibid.*, pp.7-11. Les onze pays sont : Bolivie, Équateur, Éthiopie, Haïti, Honduras, Luxembourg, Nicaragua, Salvador, Syrie, Turquie, Union Sud-Africaine et Yougoslavie.

³⁶⁹ G. Reed et al., *Développement de la CIM-11 de l'OMS dans les pays francophones in L'information psychiatrique*, volume n°89, Les classifications, 2013/4, p.304.

³⁷⁰ *Ibid.*

³⁷¹ *Ibid.*

³⁷² *Ibid.*, p.305.

Pourtant, l'OMS mène ses travaux en ayant une démarche mondiale ; elle « *intègre la nécessité d'une classification tenant compte de la culture et des langues utilisatrices* »³⁷³. De plus, l'OMS est une organisation internationale qui compte désormais 194 États dans ses rangs.

Il y a donc bon espoir qu'à l'avenir, les classifications et documents relatifs à la santé mentale soient préparés avec l'égalité participation de toutes les parties prenantes.

Concernant les barrières linguistiques, elles peuvent être particulièrement handicapantes pour prendre en charge correctement une personne ayant des problèmes de santé mentale, dans la mesure où ces problèmes « *sont avant tout faits des mots pour les décrire* »³⁷⁴.

Une prise en charge efficace passe de fait par une bonne compréhension, et c'est en cela qu'il est nécessaire de comprendre le langage de la personne qui vient consulter ainsi que celui de son entourage. Dans la même optique, il est également nécessaire de comprendre le langage d'une partie prenante afin que cette dernière puisse participer, à égalité avec les autres, à l'élaboration de classification des problèmes de santé mentale ou à la rédaction de textes relatifs à la santé mentale. La participation des parties prenantes passe par la compréhension mutuelle. À ce titre, Geoffrey Reed, le coordinateur de l'OMS chargé de la révision de la CIM-10 et du développement de la CIM-11 ainsi que des chercheurs francophones, ont insisté dans un article paru en 2013 sur l'importance de développer le processus et le résultat de la révision de la CIM en plusieurs langues pour qu'ils soient compris par tous : « *le développement de la CIM-11 nécessite une vision mondiale et un processus multilatéral efficace. Il doit procurer aux utilisateurs de la CIM du monde entier une possibilité réelle d'influencer le contenu final* »³⁷⁵. Ces experts regrettent le fait que peu de professionnels de santé francophones se soient impliqués dans le processus de développement de la CIM-11, car en conséquence, les parties de la CIM qui auront été révisées ne seront pas disponibles en langue française.

Or, le français est une langue qui est largement parlée à travers le monde : elle est l'une des langues officielles dans 29 pays, et de nombreux autres territoires la comprennent³⁷⁶. De plus, la majorité de ces pays sont des pays à faibles et moyens revenus³⁷⁷. Aussi, si les parties révisées de la CIM ne sont pas traduites en français, de nombreux pays francophones qui ont longtemps été tenus à l'écart se retrouveront à nouveau écartés du processus de classification.

³⁷³ *Ibid.*, p.308.

³⁷⁴ *Ibid.*

³⁷⁵ *Ibid.*, p.304.

³⁷⁶ R. Pilhion, *La langue française dans le monde*, Mission laïque française, 14 mai 2020, disponible sur : <https://www.mlfmonde.org/tribunes/la-langue-francaise-dans-le-monde/>

³⁷⁷ G. Reed *et al.*, *Développement de la CIM-1*, *op. cit.* (*supra* note 369), p.307.

Pour que cela n'arrive pas, l'OMS a mis en place en 2013 un réseau francophone en partenariat avec ses centres collaborateurs (CCOMS) francophones. Ce réseau francophone a pour mission de « mener toutes les révisions significatives en français simultanément à celles menées dans d'autres langues (Anglais, Arabe, Chinois, Espagnol, Russe...) »³⁷⁸.

Pour l'OMS, ce projet ne se limite pas à faire une simple traduction des termes inscrits dans la CIM ; au contraire, « il s'agit d'arriver à une représentation multilingues [...] c'est-à-dire une équivalence de concepts plutôt qu'une traduction mot à mot »³⁷⁹.

En plus de cette initiative menée par l'OMS pour faciliter la compréhension mutuelle des parties prenantes, plusieurs chercheurs estiment que la barrière de la langue n'est pas insurmontable. Le docteur en psychologie Benoist Fauville reconnaît que certains mots n'ont aucun équivalent dans d'autres langues, ce qui rend la traduction complexe et parfois inexacte, et risque de nuire à la compréhension des problèmes de santé mentale de la personne. Il prend divers exemples :

« *Waldeinsemität*, en allemand, désigne le sentiment d'être seul dans les bois [...] *Iktsuarpok* (inuit) désigne le sentiment d'anticipation qui nous fait regarder régulièrement dehors lorsqu'on attend quelqu'un [...] *Pochemuchka* (russe) désigne une personne qui pose beaucoup de questions [...] *Dépaysement* (français) n'a pas d'équivalent »³⁸⁰.

Néanmoins, si ces termes ne sont pas traduisibles tels quels dans d'autres langues, le chercheur souligne que « bien qu'un vocabulaire soit limité, nous connaissons toutes et tous à quoi ces termes renvoient, ce sont des sensations ou des phénomènes déjà observés, connus »³⁸¹.

Norman Sartorius, l'ancien responsable de la division Santé mentale de l'OMS, confirme que les barrières linguistiques peuvent poser problème, car de nombreux termes médicaux sont issus de l'ancien grec ou du latin. Si les pays occidentaux les ont assimilés dans leur langage depuis de nombreuses années et les utilisent sans s'intéresser à leur étymologie, il a fallu les traduire pour les autres pays. C'est par exemple le cas du mot « schizophrénie » dans les pays asiatiques. Au Japon, la traduction littérale du terme « schizophrénie » a dû être remplacée par un autre terme, car sa signification apparaissait comme tellement stigmatisante que les professionnels de santé mentale refusaient de communiquer le diagnostic à leurs patients³⁸².

³⁷⁸ *Ibid.*

³⁷⁹ *Ibid.*

³⁸⁰ B. Fauville, « Mettre de l'ordre » et « faire autorité » dans les classifications en santé mentale ? in Topique, La psychanalyse aujourd'hui, L'ordre, 2015/3, n°132, L'esprit du temps, p.97.

³⁸¹ *Ibid.*

³⁸² Interview de N. Sartorius, Lucia S., *op. cit.* (supra note 327) : « Schizo veut dire cassé, fendu, et phrène esprit, cerveau [...] Le nouveau terme veut dire quelque chose comme « désordre de la coordination de la pensée », c'est beaucoup plus acceptable parce que ça correspond à ce que les malades ressentent ».

En dépit de ce constat, Norman Sartorius estime que les barrières linguistiques qui bloquent la communication entre la personne ayant des problèmes de santé mentale et le professionnel peuvent être surmontées : si le professionnel « *adapte les mots et la manière de poser des questions, d'aborder l'entretien* »³⁸³, alors la barrière linguistique pourrait disparaître.

Ainsi, pour surmonter les difficultés d'appréhension qui peuvent être rencontrées dans le domaine de la santé mentale, une piste pourrait être d'établir un dialogue auquel toutes les parties prenantes participeraient de façon égale, car elles comprendraient le langage employé. L'autre piste pourrait être de prendre en compte les différentes pratiques culturelles.

b. Prendre en compte l'ensemble des pratiques culturelles

Longtemps, les développements dans le domaine de la santé mentale ont été l'apanage des pays occidentaux, comme en témoigne le manque de participation des autres pays aux échanges.

Si les pays occidentaux croyaient que la diffusion de leurs savoirs permettrait à tous les pays de progresser, ce manque de participation a eu des effets contre-productifs : les pays restés en retrait ont au mieux de l'incompréhension, au pire du désintérêt pour ces nouvelles normes.

Comme l'explique le chercheur Florian Kastler, les pays occidentaux ont cherché à transposer dans les autres pays (notamment africains) le système de santé mentale qu'ils avaient développé sur leurs territoires. Si cela a permis de faire prendre conscience à tous les parties prenantes de l'existence et de la gravité des problèmes de santé mentale, cette transposition sans participation de tous les pays ni prise en compte de leurs éventuels intérêts a eu de fait un très faible succès³⁸⁴. En conséquence, les populations locales n'ont pas bénéficié du soutien et de l'appui dont elles pouvaient avoir besoin pour exercer pleinement leur droit à la santé mentale : en effet, les systèmes et services de santé mentale, plus particulièrement ceux des pays qualifiés comme étant « en voie de développement », « *se sont révélés inappropriés et inadaptés* »³⁸⁵.

Si cette transposition a ainsi été tentée par les pays occidentaux, c'est du fait de la colonisation. En effet, la plupart des systèmes de santé mentale présents dans les pays africains proviennent directement de celle-ci. Ils se conforment et reproduisent le modèle « occidental » : autrement

³⁸³ *Ibid.*

³⁸⁴ F. Kastler, *10. La santé mentale en Afrique, op. cit. (supra note 220)*, p.173.

³⁸⁵ *Ibid.*

dit, ces systèmes de santé sont centralisés, ils donnent la priorité à l'hôpital, ils sont aussi « orientés vers la maladie avec un accent mis sur la relation personnelle médecin/patient »³⁸⁶.

Les pays occidentaux ont échoué à « exporter » leur modèle auprès des populations africaines, principalement parce que ces dernières avaient déjà élaboré leur propre modèle de système de santé, avec des pratiques issues de leurs traditions. Pour Florian Kastler, « cet héritage colonial s'est avéré incompatible avec les besoins de la population en raison de la méconnaissance de tout le secteur parallèle de la médecine traditionnelle qui est capital en Afrique »³⁸⁷.

La perception « occidentalisée » de la santé mentale et les pratiques afférentes ne sont ainsi pas les seules perceptions et pratiques qui existent dans le monde en matière de santé mentale.

Pour surmonter les éventuelles difficultés d'appréhension des parties prenantes, il semble ainsi important d'être au fait de cette réalité et de s'adapter à celle-ci plutôt que d'essayer de changer les choses en uniformisant les perceptions et les pratiques des diverses populations.

En Afrique, pour protéger au mieux les personnes ayant des problèmes de santé mentale et toutes les autres personnes, il faut tenter « d'allier la perception de la santé mentale en Afrique à des politiques publiques efficaces et pertinentes qui prennent en compte les spécificités locales sans chercher à imposer une vision et un système inadaptés »³⁸⁸.

La prise en compte conjointe de la médecine traditionnelle avec la médecine « occidentale » semble ainsi être une solution envisageable et profitable à tous les individus. Pour le professeur Momar Guèye, président du premier Congrès panafricain de santé mentale tenu en 2002 :

*« les praticiens en santé mentale de la médecine moderne, comme ceux de la médecine traditionnelle, recherchent tous un même but qui est de faire retrouver au patient un bien-être physique, mental, psychique et social. Si telle pratique ou telle autre peut guérir un patient, nous devons tous en tenir compte et nous soutenir à travers des échanges mutuels »*³⁸⁹.

Les pratiques traditionnelles doivent être regardées comme un complément efficace à la médecine dite moderne. Pour que cette complémentarité devienne réalité, il faudrait que les professionnels de santé mentale aient connaissance des particularités culturelles de chaque population. L' « écoute contextualisée »³⁹⁰ est en effet un élément important de la prise en charge. Une formation des professionnels qui inclut de la sociologie ou de l'anthropologie, mais

³⁸⁶ *Ibid.*

³⁸⁷ *Ibid.*

³⁸⁸ *Ibid.*, p.174.

³⁸⁹ La santé tropicale sur Internet, *1er congrès panafricain sur la santé mentale : la collaboration avec les tradipraticiens incontournable*, 22 mars 2002, disponible sur : http://www.santetropicale.com/Actualites/0302/actualites0302_39.htm

³⁹⁰ *Ibid.*

aussi le « *développement d'un partenariat interculturel* »³⁹¹ pourraient être des premiers pas intéressants vers cette écoute contextualisée et vers la complémentarité de deux médecines.

En ce sens, la psychiatrie culturelle ou transculturelle, amorcée par Emil Kraepelin en 1904 lors de son voyage en Indonésie, a connu un essor ces dernières années avec le poids croissant des phénomènes de migrations. Le professionnel de santé mentale articule ses savoirs académiques avec les connaissances qu'il a acquises des spécificités culturelles de chaque patient pour déterminer le diagnostic ainsi que les soins qui seraient les plus appropriés.

Partant, la psychiatrie transculturelle est « *une clinique de la complémentarité, du métissage des cultures et de l'ouverture face à l'altérité. En reconnaissant l'universalité psychique tout en laissant place aux singularités culturelles, elle oblige à l'équité dans les soins* »³⁹².

Par ailleurs, bien que l'OMS établisse des classifications mondiales, elle ne cherche pas non plus l'uniformisation des pratiques ni l'effacement des cultures. Pour Geoffrey Reed, l'OMS a au contraire une démarche mondiale et « *intègre la nécessité d'une classification tenant compte de la culture et des langues utilisatrices* »³⁹³. Il souligne également le fait que le domaine de la santé mentale nécessite particulièrement une telle approche, plus que dans les autres domaines de la santé. En effet, les problèmes de santé mentale ont besoin de mots pour être décrits, et les façons de décoder et de comprendre ces mots « *sont inscrits dans les pratiques locales* »³⁹⁴.

³⁹¹ F. Kastler, *10. La santé mentale en Afrique*, op. cit. (supra note 220), p.175.

³⁹² A. Mc Mahon, R. Radjack et M.-R. Moro, *Psychiatrie transculturelle : pour une éthique de tous les mondes*, Revue canadienne de bioéthique, Volume 3, n°2, 2020, p. 60, disponible sur : <https://www.erudit.org/fr/revues/bioethics/2020-v3-n2-bioethics05672/1073547ar/>

³⁹³ G. Reed et al., *Développement de la CIM-1*, op. cit. (supra note 369), p.308.

³⁹⁴ *Ibid.*

Conclusion

Ces développements nous indiquent combien la question de l'appréhension de la santé mentale par le droit international des droits de l'homme est complexe et ambivalente.

D'une part concernant les personnes ayant des problèmes de santé mentale ; si l'approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme ne cesse de s'étendre pour protéger les droits fondamentaux de ces dernières et pour qu'elles deviennent de véritables sujets de droits, force est de constater que les modèles antérieurs n'ont pas totalement disparu.

Il y a la croyance que le domaine de la santé mentale relèverait exclusivement du secteur médical, et que seuls les professionnels de santé seraient habilités à prendre des décisions en la matière. Il y a également la croyance que les personnes ayant des problèmes de santé mentale seraient dangereuses ou « incapables », et que seules les autorités veillant au maintien de l'ordre seraient aptes à ériger des normes concernant les problèmes de santé mentale.

D'autre part concernant la santé mentale pour tous ; comme la santé mentale est invisibilisée et que la communauté internationale est assez divisée sur la façon de la définir et de l'appréhender, en plus des croyances susmentionnées qui poussent certaines sociétés à négliger cette question, les États ont eu tendance à s'en désintéresser, politiquement comme financièrement.

Cet ensemble de facteurs a contribué à ce que les juristes ne se préoccupent que peu de la santé mentale. Or, cette « *culture de contrainte, d'isolement et de surmédicalisation* »³⁹⁵ a été et est encore le terreau de nombreuses violations des droits de l'homme aux quatre coins du monde.

Pourtant, la santé mentale est un élément indispensable au bien-être ; partant, le droit à la santé mentale est un aspect fondamental du droit à la santé, droit intrinsèque à chaque individu.

Les juristes, et globalement tous ceux qui s'intéressent de près ou de loin à la question des droits humains, ne peuvent donc pas ignorer l'importance qu'occupe la santé mentale parmi ces droits. En 2001 déjà, les Ministres de la Santé des États membres de l'OMS espéraient une prise de conscience et une mobilisation internationale en faveur de la santé mentale³⁹⁶.

Si cette mobilisation générale se fait attendre, les efforts entrepris par certains acteurs ont tout de même abouti à l'inscription de la santé mentale parmi les objectifs de développement durable à l'horizon 2030. Il est nécessaire de poursuivre ces efforts pour qu'à l'avenir, l'intérêt du droit international des droits de l'homme pour la santé mentale se conforte définitivement.

³⁹⁵ Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur SPM, *op. cit.* (*supra* note 44), §88, p.22.

³⁹⁶ OMS, *Santé mentale : les ministres appellent à l'action*, *op. cit.* (*supra* note 316).

Annexe : *Chez les fous*, Albert Londres, 1925

On s'est moqué de Pinel

L'agité peut être calmé ou réduit.

On ne lui demande pas ce qu'il préfère. Si l'on n'a pas le temps de le calmer, on le réduit. Quand on le juge assez réduit, parfois on le calme. On l'écume comme le pot-au-feu.

Il est des cas, côté des hommes, où la réduction s'opère à la semelle de brodequins. Ce traitement n'est pas ordonné par les médecins. Il a lieu surtout la nuit.

L'agité crie, se démène, il ennuie le surveillant. L'homme a déjà la camisole, on lui donne quelques bons coups avec le passe-partout, histoire de l'avertir. Le manche à balai sert aussi. Mais la méthode préférée est le brodequin. Monté sur le lit, le surveillant frappe dans les côtes. Le lendemain, le patient en porte les meurtrissures. Ces agités donnent contre tous les murs ! C'est la méthode clandestine.

Officiellement, elle n'existe pas.

Les médecins réduisent par la camisole, le ficelage sur le lit, le cabanon et le drap mouillé.

[...]

La baignoire coûte cher, le personnel est rare, alors apparaissent instruments de contrainte, cellules et cabanons.

Ficelez sur un lit un agité et regardez sa figure : il enrage, il injurie. Les infirmiers y gagnent en tranquillité, le malade en exaspération. Si les asiles sont pour la paix des gardiens et non pour le traitement des fous, tirons le chapeau, le but est atteint.

Pinel, voilà cent ans, enleva les fers aux aliénés. Cela fait un beau tableau à la Faculté de médecine de Paris. Eh bien ! on s'est moqué de Pinel.

Camisoles, bracelets, liens, bretelles remplacent les fers.

Voyez cette jeune femme camisolée et liée sur son matelas depuis cinq jours. Camisole et liens ne l'ont pas calmée. Elle grince des dents, mais c'est moins de folie que de rage. On comprend qu'elle dévorerait joyeusement ses bourreaux. Ses bourreaux, eux, pendant ce temps, jouent aux cartes. Alors, et le bain, cette dernière conquête du progrès, qu'attend-on ? Que l'infirmière ait le temps et qu'une baignoire soit libre !

Ô psychiatrie

Et chez les fous, au milieu de cette sarabande hallucinante, il y a des hommes qui ne sont pas fous !

À peine êtes-vous dans l'ancre que des pensionnaires se ruent sur vous, tendent des lettres, supplient qu'on les regarde : « Regardez-moi donc ! Pourquoi suis-je ici ? Je ne suis pas fou. C'est une infamie. Va-t-on me laisser mourir dans cette prison ? »

Cris, gestes vifs ne prouvent pas que ces emmurés aient perdu la raison. Un homme tombé au fond d'un puits donnera de la voix dès qu'il entendra le pas d'un passant.

D'autres sont calmes :

— Je ne nie pas, j'ai eu de l'anémie au cerveau, mais voici trois ans. Depuis plus de deux ans, je ne sens plus rien, je vois clair comme avant. Pourquoi ne me renvoie-t-on pas ?

Si ce malade l'eût été du foie, des bronches, du ventre, sitôt guéri il serait sorti de l'hôpital. C'est que la chose est dans les habitudes et que la médecine générale est plus vieille que la psychiatrie. Dans plusieurs siècles, la psychiatrie aura assuré ses bases. En l'an 2100, le guéri aura le droit d'être guéri. Présentement, il doit attendre son heure ; la science, elle, attend bien la sienne ! Le fou est né trop tôt.

— Cet homme est-il vraiment guéri, docteur ?

— Possible. Depuis plusieurs mois, il est normal. Ne rechutera-t-il pas ?

Il est préférable pour un homme d'être bandit que fou. Quand le bandit a purgé sa peine, on lui ouvre la porte de la prison sans lui demander s'il recommencera !

Les bras ballants, l'œil atone, l'ex-malade écoute. Il est prisonnier maintenant, non pas au nom du passé, mais au nom de l'avenir !

— Enfin ! je ne le sais pas, dit-il, et vous ne le savez pas davantage. Tout ce que l'on sait c'est que, pour le moment, je suis guéri. Alors, que fais-je chez les fous ?

Il y attend que plus de lumière tombe sur l'humanité.

[...]

Réflexions

La façon dont notre société traite les citoyens dits aliénés date de l'âge des diligences.

Regarder vivre nos fous n'est pas plus ahurissant que ne le serait de nos jours le départ de deux voyageurs, en poste pour Rome.

La Loi de 38 n'a pas pour base l'idée de soigner et de guérir des hommes atteints d'une maladie mentale, mais la crainte que ces hommes inspirent à la société.

C'est une loi de débarras.

Ce monsieur est-il encore digne de demeurer parmi les vivants ou doit-il être rejeté chez les morts ?

Dans une portée de petits chats, on choisit le plus joli et on noie les autres...

Les Spartiates saisissaient les enfants mal faits et les précipitaient du haut d'un rocher.

C'est quelque chose dans ce genre que nous faisons avec nos fous.

Peut-être même est-ce un peu plus raffiné. On leur ôte la vie sans leur donner la mort.

On devrait les aider à sortir de leur malheur, on les punit d'y être tombés.

Cela sans méchanceté, mais par commodité.

[...]

Un fou ne doit pas être brimé, mais soigné. De plus, l'asile doit être l'étape dernière. Aujourd'hui, c'est l'étape première.

Il ne faut interner que les incurables.

Les autres relèvent de l'hôpital.

Sur 80 000 internés, 50 000 pourraient être libres sans danger pour eux ni pour la société.

On les a mis là parce qu'il n'y avait pas d'autre endroit et que c'était l'habitude.

On n'a pas cherché à les guérir, mais à les boucler.

L'heure est peut-être venue de nous montrer moins primitifs.

[...]

Bref ! Nous vivons sous le préjugé que les maladies mentales sont incurables.

Alors, on jette dans un précipice les gens que l'on en déclare atteints.

On ne fait rien pour les sortir du puits.

S'ils guérissent seuls et que cela se voit trop, on les laisse s'échapper après mille efforts de leur part.

S'ils gesticulent, on ne les calme pas, on les immobilise.

Pour se mettre en règle avec sa conscience, la société de 1838 a bâti une loi. Elle tient en ces mots : « Ce citoyen nous gêne, enfermons-le. S'il veut sortir, ouvrons l'œil. »

Notre devoir n'est pas de nous débarrasser du fou, mais de débarrasser le fou de sa folie.

Si nous commençons ?

Bibliographie

I. Sources normatives

A. Dispositions légales

1. *Droit international*

Charte des Nations unies, adoptée à l'issue de la conférence de San Francisco le 26 juin 1945.

Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH), adoptée par l'AGNU le 10 décembre 1948.

Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (CERD), adoptée par l'AGNU le 21 décembre 1965.

Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), adopté par l'AGNU le 16 décembre 1966.

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), adopté par l'AGNU le 16 décembre 1966.

Déclaration d'Alma-Ata, adoptée à l'issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires le 12 septembre 1978.

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), adoptée par l'AGNU le 18 décembre 1979.

Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), adoptée par l'AGNU le 20 novembre 1989.

Statut de Rome, adopté à l'issue de la Conférence de Rome le 17 juillet 1998.

Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRPD), adoptée par l'AGNU le 13 décembre 2006.

2. *Droits régionaux*

a. *Afrique*

Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (Charte ADHP), adoptée par l'Organisation de l'unité africaine le 27 juin 1981.

Protocole à la Charte ADHP relatif aux droits des personnes handicapées en Afrique, adopté par l'Union africaine le 29 janvier 2018.

b. *Amérique*

Convention américaine relative aux droits de l'homme, adoptée par l'OEA le 22 novembre 1969.

Protocole additionnel à la convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (Protocole de San Salvador), adopté par l'OEA le 17 novembre 1988.

Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées, adoptée par l'OEA le 7 juin 1999.

c. *Europe*

Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH), adoptée par le Conseil de l'Europe le 4 novembre 1950.

Charte sociale européenne, adoptée par le Conseil de l'Europe le 18 octobre 1961.

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, adoptée par le Conseil de l'Europe le 4 avril 1997.

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, adoptée par l'Union européenne le 7 décembre 2000.

B. Documents officiels d'organisations internationales, européennes et nationales

1. Nations unies

a. Assemblée générale

- Rapports

Rapport du Secrétaire général, *Progrès réalisés dans le cadre de l'action engagée pour assurer aux handicapés la pleine reconnaissance et l'exercice sans réserve de leurs droits fondamentaux*, A/58/181, septembre 2003.

Rapport d'activité du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, A/63/175, 28 juillet 2008.

Rapport de la Rapporteuse PH, *Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133, 14 juillet 2017.

- Résolutions

Déclaration des droits du déficient mental, Résolution 2856, A/RES/2856(XXVI), 20 décembre 1971.

Déclaration des droits des personnes handicapées, Résolution 3447, A/RES/3447(XXX), 9 décembre 1975.

Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale, Résolution 46/119, A/RES/46/119, 17 décembre 1991.

Règles pour l'égalisation des chances des handicapés, Résolution 48/96, A/RES/48/96, 20 décembre 1993.

Convention internationale globale et intégrée pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés, Résolution 56/168, A/RES/56/168, 19 décembre 2001.

Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030, Résolution 70/1, A/RES/70/1, 25 septembre 2015.

b. Commission des droits de l'homme

Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, E/CN.4/1986/15, 42^{ème} session, 19 février 1986.

c. Conseil des droits de l'homme

- Rapports

Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, A/HRC/22/53, 1^{er} février 2013.

Rapport de la Rapporteuse spéciale PH, A/HRC/34/58, 20 décembre 2016.

Rapport du HCDH, *Santé mentale et droits de l'homme*, A/HRC/34/32, 31 janvier 2017.

Rapport du Rapporteur SPM, A/HRC/35/21, 28 mars 2017.

Rapport de la Rapporteuse PH, A/HRC/40/54, 11 janvier 2019.

- Résolutions

Résolution 32/18, *Santé mentale et droits de l'homme*, A/HRC/RES/32/18, 1^{er} juillet 2016.

d. Comités

- Comité des droits des personnes handicapées

CRPD, *Directives concernant le document spécifique à l'instrument à soumettre en application du paragraphe 1 de l'article 35 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées*, CRPD/C/2/3, 18 novembre 2009.

CRPD, *Examen des rapports soumis par les États parties conformément à l'article 35 de la Convention, Observations finales*, Tunisie, CRPD/C/TUN/CO/1, 13 mai 2011.

CRPD, *Examen des rapports soumis par les États parties conformément à l'article 35 de la Convention, Observations finales*, Espagne, CRPD/C/ESP/CO/1, 19 octobre 2011.

CRPD, *Observations finales concernant le rapport initial de la Chine*, CRPD/C/CHN/CO/1, 15 octobre 2012.

CRPD, *Observations finales concernant le rapport initial de l'Argentine*, CRPD/C/ARG/CO/1, 19 octobre 2012.

CRPD, *Observations finales sur le rapport initial de l'Autriche*, CRPD/C/AUT/CO/1, 30 septembre 2013.

CRPD, *Observations finales concernant le rapport initial de la Suède*, CRPD/C/SWE/CO/1, 12 mai 2014.

CRPD, *Observations finales concernant le rapport initial du Mexique*, CRPD/C/MEX/CO/1, 27 octobre 2014.

CRPD, *Observations finales concernant le rapport initial du Danemark*, CRPD/C/DNK/CO/1, 30 octobre 2014.

CRPD, *Observation générale n°1, Article 12, Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité*, CRPD/C/GC/1, 19 mai 2014.

CRPD, *Observation générale n°6 sur l'égalité et la non-discrimination*, CRPD/C/GC/6, 26 avril 2018.

- Autres Comités

Comité contre la torture, *Examen des rapports soumis par les États parties en application de l'article 19 de la Convention, Observations finales*, Finlande, CAT/C/FIN/CO/5-6, 29 juin 2011.

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale n°14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du PIDESC)*, E/C.12/2000/4, 11 août 2000.

Comité des droits de l'homme, *Observation générale n° 8 : Article 9 (Droit à la liberté et la sécurité de la personne)*, 16^{ème} session, 30 juin 1982.

Comité des droits de l'homme, *Antonio Viana Acosta c. Uruguay*, communication n°110/1981, 29 mars 1984.

Comité des droits de l'homme, *Examen des rapports soumis par les États parties conformément à l'article 40 du pacte, Observations finales*, France, CCPR/C/FRA/CO/4, 31 juillet 2008.

e. Organisation Mondiale de la Santé

- Ouvrages

Constitution de l'OMS, adoptée par la Conférence internationale de la santé le 22 juillet 1946.

Actes officiels de l'OMS, *Débats et actes finaux de la Conférence internationale de la santé tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946*, juin 1948.

Bulletin de l'OMS, *Manuel de classement statistique international des maladies, traumatismes et causes de décès, Sixième révision des Nomenclatures internationales des maladies et causes de décès*, volume 1, 1950.

FREEMAN M., PATHARE S. *et al.*, *Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation*, Bibliothèque de l'OMS, 2005.

Atlas de la santé mentale, 2014 et 2017.

- Rapports

Comité OMS d'experts de la santé mentale, *Les troubles psychosomatiques*, treizième rapport, 1964.

Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs.

Santé mentale : les ministres appellent à l'action, Tables rondes ministérielles 2001, 54^{ème} Assemblée mondiale de la santé.

Investir dans la santé mentale, 2004.

Bureau régional de l'Europe, *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions*, rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS, 2006.

Conseil exécutif, *VIH/sida et santé mentale : rapport du Secrétariat*, EB124/6, 20 novembre 2008.

Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, 66^{ème} Assemblée mondiale de la santé, WHA66.8, 27 mai 2013.

- Communiqués de presse

The World Health Report 2001: Mental Disorders affect one in four people, 28 septembre 2001, disponible sur : http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/

« Dépression : parlons-en » déclare l'OMS, alors que cette affection arrive en tête des causes de morbidité, 30 mars 2017, disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>

Les pays doivent investir au moins 1% supplémentaire de leur PIB dans les soins de santé primaires pour éliminer les lacunes flagrantes de la couverture, 22 septembre 2019, disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/22-09-2019-countries-must-invest-at-least-1-more-of-gdp-on-primary-health-care-to-eliminate-glaring-coverage-gaps>

Journée mondiale de la santé mentale : une occasion de stimuler à grande échelle les investissements dans la santé mentale, 27 août 2020, disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>

Selon une enquête de l'OMS, la COVID-19 perturbe les services de santé mentale dans la plupart des pays, 5 octobre 2020, disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

f. Autres

Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, *Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe : relever les défis, trouver des solutions*, EUR/04/5047810/6, 14 janvier 2005.

ONUSIDA, *Trouver des appuis dans le domaine du VIH et de la santé mentale en Afrique*, 2 février 2008 : <https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2008/february/20080202hivmentalhealth>

OMS, *Mettre fin à la discrimination contre les hommes et les femmes homosexuels*, Bureau régional de l'Europe, 17 mai 2011, disponible sur : <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/gender/news/news/2011/05/stop-discrimination-against-homosexual-men-and-women>

OMS, *Santé mentale : renforcer notre action*, 30 mars 2018, disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

OMS, rubrique Troubles mentaux, 28 novembre 2019, disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Nations unies, Note de synthèse, *Nécessité de tenir compte de la santé mentale dans le cadre de la lutte contre la COVID-19*, 13 mai 2020.

2. Documents européens

a. Rapports

Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, *Placement involontaire et traitement involontaire de personnes souffrant de troubles mentaux*, Office des publications de l'Union européenne, 2012.

Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable du Conseil de l'Europe, *Mettre fin à la contrainte en santé mentale : nécessité d'une approche fondée sur les droits humains*, Doc. 14895, 22 mai 2019.

Commission européenne, *Livre Vert, Améliorer la santé mentale de la population : Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne*, COM(2005)484, 14 octobre 2005.

CPT, *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le CPT du 28 novembre au 10 décembre 2010*, CPT/Inf(2012)13, 19 avril 2012.

CPT, *Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes (normes révisées du CPT)*, Conseil de l'Europe, CPT/Inf(2017)6, 21 mars 2017.

HAMMARBERG T., *Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe faisant suite à sa visite en France du 21 au 23 mai 2008*, Mémoire, CommDH(2008)34, 20 novembre 2008.

HAMMARBERG T., *Droits de l'homme en Europe : la complaisance n'a pas sa place*, Conseil de l'Europe, 2011.

b. Recommandations et résolutions

APCE, Recommandation 818 (1977), *Situation des malades mentaux*, 12^{ème} séance, 8 octobre 1977.

APCE, Recommandation 1235 (1994), *Psychiatrie et les droits de l'homme*, 10^{ème} séance, 12 avril 1994.

APCE, Recommandation 2091 (2016), *Arguments contre un instrument juridique du Conseil de l'Europe sur les mesures involontaires en psychiatrie*, 18^{ème} séance, 22 avril 2016.

APCE, Résolution 2291 (2019), *Mettre fin à la contrainte en santé mentale : nécessité d'une approche fondée sur les droits humains*, 23^{ème} séance, 26 juin 2019.

Comité des Ministres, Recommandation Rec(83)2, *Protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires*, 356^{ème} réunion, 22 février 1983.

Comité des Ministres, Recommandation n°R (99)4, *Principes concernant la protection juridique des majeurs incapables*, 660^{ème} réunion, 23 février 1999.

Comité des Ministres, Recommandation Rec(2004)10 *relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux*, 896^{ème} réunion, 22 septembre 2004.

Parlement européen, *Résolution sur l'amélioration de la santé mentale de la population - Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne*, 2006/2058(INI), 6 septembre 2006.

3. Rapports nationaux

CGLPL, *Avis du 5 octobre 2015 relatif à la rétention de sûreté*, Journal officiel de la République française n°0257.

CGLPL, *Rapport Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Dalloz, 14 avril 2016.

CGLPL, *Rapport Soins sans consentement et droits fondamentaux*, Dalloz, 17 juin 2020.

CNCDH et CGLPL, *Observations concernant le projet de protocole additionnel à la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine relatif à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux à l'égard du placement et du traitement involontaires*.

CNCDH et Conseil français des personnes handicapées pour les questions européennes, *Guide pratique sur la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées*, octobre 2018.

Commentaire de la France sur le projet d'observations générales du Comité des droits des personnes handicapées, relatif à l'article 12 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

4. Autres documents officiels

HCDH, *Des experts des droits de l'homme de l'ONU exhortent le Conseil de l'Europe à mettre fin à la législation sur les mesures coercitives concernant la santé mentale*, 28 mai 2021, disponible sur : <https://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=27126&LangID=F>

Santé publique France, *CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19*, mis à jour le 29 juillet 2021, disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19#block-249162>

Santé publique France, *Santé mentale et COVID-19*, mis à jour le 8 juillet 2021, disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/enjeux-de-sante-dans-le-contexte-de-la-covid-19/articles/sante-mentale-et-covid-19>

Royal College of Psychiatrists, *Whole-person care: from rhetoric to reality, Achieving parity between mental and physical health*, Occasional paper OP88, mars 2013, 96 p.

5. *Jurisprudences*

a. *Amérique*

Cour d'appel du Québec, *LP c. Cité de la santé de Laval*, n° 500-09-014436-042, 9 juin 2004.

Cour d'appel du Québec, *FD c. Centre universitaire de santé McGill*, n° 500-09-025145-152, 6 juillet 2015.

Cour Suprême américaine, *O'Connor v. Donaldson*, 422 U.S. 563, 26 juin 1975.

Cour Suprême américaine, *Addington v. Texas*, 441 U.S. 418, 30 avril 1979.

Cour Suprême de l'Alaska, *Myers v. Alaska Psychiatric Institute*, n°S-11021, 30 juin 2006.

Cour Suprême de l'Alaska, *Wetherhorn v. Alaska Psychiatric Institute*, n°S-11939, 13 avril 2007.

Cour Suprême de l'Alaska, *Wayne B. v. Alaska Psychiatric Institute*, n° S-12677, 29 août 2008.

Cour Suprême de l'Alaska, *Bigley v. Alaska Psychiatric Institute*, n° S-13116, 22 mai 2009.

Cour Suprême de l'Alaska, *In Re : Heather R.*, n° S-15793, 29 janvier 2016.

Cour Suprême du Canada, *Starson v Swayze*, 2003 SCC 32, [2003] 1 S.C.R. 722, 6 juin 2003.

Cour Suprême du Canada, *R. c. Demers*, 2004 CSC 46, 30 juin 2004.

b. *Europe*

Commission EDH, décision du 5 mai 1981, *X. contre République Fédérale d'Allemagne*, req. n°8509/79.

Commission EDH, décision du 9 avril 1997, *A.G. c. la Suisse*, req. n°28605/95.

Cour EDH, arrêt du 24 octobre 1979, *Winterwerp contre Pays-Bas*, req. n°6301/73.

Cour EDH, arrêt du 12 mai 1992, *Megyeri c. Allemagne*, req. n°13770/88.

Cour EDH, arrêt du 24 septembre 1992, *Herczegfalvy contre Autriche*, req. n°10533/83.

Cour EDH, arrêt du 4 avril 2000, *Witold Litwa contre Pologne*, req. n°26629/95.

Cour EDH, décision du 31 mars 2005, *Schneiter contre Suisse*, req. n°63062/00.

Cour EDH, arrêt du 16 juin 2005, *Storck c. Allemagne*, req. n°61603/00.

Cour EDH, arrêt du 27 mars 2008, *Chtoukatourov c. Russie*, req. n° 44009/05.

Cour EDH, arrêt du 24 mars 2009, *Berková c. Slovaquie*, req. n°67149/01.

Cour EDH, arrêt du 16 juillet 2009, *Nenov c. Bulgarie*, req. n°33738/02.

Cour EDH, arrêt du 17 décembre 2009, *M. contre Allemagne*, req. n° 19359/04.

Cour EDH, arrêt du 3 septembre 2015, *Berland contre France*, req. n° 42875/10.

Cour EDH, arrêt du 7 janvier 2016, *Bergmann contre Allemagne*, req. n° 23279/14.

Cour EDH [GC], arrêt du 4 décembre 2018, *Ilseher contre Allemagne*, req. n°(s)10211/12, 27505/14.

Cour EDH, arrêt du 15 septembre 2020, *Aggerholm contre Danemark*, req. n° 45439/18.

II. Sources doctrinales

A. *Ouvrages*

AUDOUIN-ROUZEAU S., *Les carnets de l'aspirant Laby, médecin dans les tranchées (28 juillet 1914-14 juillet 1919)*, préface de S. Audoin-Rouzeau, Paris, Bayard Éditions, 18 septembre 2001, rééd. 2013, 354 p.

BEIGBEDER Y., *L'Organisation Mondiale de la Santé*, Publications de l'Institut de hautes études internationales, Genève, Presses universitaires de France, 1995, 206 p.

BERNARDET P., DOURAKI T., VAILLANT C., *Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe*, Études, recherches, actions en santé mentale en Europe, Érès, 2002, 360 p.

BLY N., *Ten days in a Madhouse*, New York: Ian L. Munro, 1887.

DEGENER T., QUINN G. *et al.*, *Droits de l'homme et invalidité, L'utilisation actuelle et l'usage potentiel des instruments des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme dans la perspective de l'invalidité*, HR/PUB/02/1, 2002, 324 p.

EYRAUD B. *et al.*, *Choisir et agir pour autrui, Controverse autour de la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées*, Polémiques, Doin, 2018, 330 p.

GIAMI A., LERIDON H. *et al.*, *Les enjeux de la stérilisation*, Coéditions, Ined, 2000, 334 p.

GIUDICELLI-DELAGE G., LAZERGES C. *et al.*, *La dangerosité saisie par le droit pénal*, Les voies du droit, Presses universitaires de France, 2011, 320 p.

HOCHMANN J., *Histoire de la psychiatrie, Que sais-je ?*, Presses universitaires de France, 2013, 128 p.

LONDRES A., *Chez les fous*, 1925.

RODIÈRE R., *Études offertes à René Rodière*, Paris, Dalloz, 1981, 540 p.

SCHULZE M., *Comprendre la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées*, Handicap International, juillet 2010, 180 p.

VON BUELTZINGSLOEWEN I., *L'Hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007, 508 p.

B. Mémoires, articles, rapports de recherche

BERGERON T., STIP E. *et al.*, *Le syndrome de Koro*, Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, 27 avril 2007, disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/60764/le-syndrome-de-koro>

BISSON N. *et al.*, *L'application de la Convention internationale des droits des personnes handicapées : une dynamique d'état pour une évolution sociétale*, Module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 2020, 46 p.

BOUCHER A.-M., LAUZIER M., PAVOIS A., RUCHON J.-P. *et al.*, *Un changement de paradigme nécessaire en santé mentale*, Mémoire remis au Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, RRASMQ, 13 novembre 2018, 40 p.

CHIQUER L., COTTAIS C., KASANGA D. C., OUATTARA N. et PAVARD J., *Les « thérapies de conversion » à travers le monde : une torture encore trop peu connue*, Grow Think Tank, 28 octobre 2020, 16 p.

KASTLER F., *10. La santé mentale en Afrique : un défi oublié ou une réponse institutionnelle inadaptée ?* in KEROUEDAN D., *Santé internationale*, Presses de Sciences Po, 2011, pp. 169-177.

PÉGON G., *Santé mentale en contextes de post-crise et de développement*, Handicap International, DC Brief n°3, septembre 2012, 4 p.

RECOTILLET M., *Application rétroactive de la détention de sûreté allemande*, Dalloz, 18 décembre 2018, disponible sur : <https://www.dalloz-actualite.fr/flash/application-retroactive-de-detention-de-surete-allemande>

SHARMA K. *et al.*, *Living in chains : Shackling of People with Psychosocial Disabilities Worldwide*, Human Rights Watch, 6 octobre 2020, disponible sur : <https://www.hrw.org/report/2020/10/06/living-chains/shackling-people-psychosocial-disabilities-worldwide>

SIMARD D., *Du transsexualisme comme trouble mental à l'incongruence de genre comme problème de santé sexuelle*, 15 octobre 2018, disponible sur : <http://www.davidsimard.fr/du-transsexualisme-comme-trouble-mental-a-lincongruence-de-genre-comme-probleme-de-sante-sexuelle/>

C. Revues

ARBOLEDA FLÓREZ J. et WEISSTUB D. N., *Les droits en santé mentale au Canada : une perspective internationale*, revue Santé mentale au Québec, volume 31, n°1, printemps 2006, pp.19-46, disponible sur : <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2006-v31-n1-smq1322/013683ar/>

BERNHEIM E., CHALIFOUR G. et LANIEL R.-A., *La santé mentale en justice – invisibilité et déni de droits : une étude statistique de la jurisprudence en autorisation de soins*, revue de droit et santé de McGill, 2 septembre 2016, pp.337-382, disponible sur : <https://canlii.ca/t/834>

BÉAL A. et EYRAUD B., *Le processus d'ancrage territorial des droits humains : l'exemple de la convention de l'ONU sur les droits des personnes handicapées*, Annales de géographie, N°737, 2021/1, pp.86-111.

BRIOLE G., *Emil Kraepelin, La fragilité d'une œuvre colossale* in La Cause Freudienne, n°73, 2009, pp.118-137.

CARRÉ R. et al., *Contention physique en psychiatrie : étude qualitative du vécu des patients*, in L'Information psychiatrique, volume 93, 2017/5, pp.393-397.

FAUVEL A., *Avant-propos* in Romantisme, Armand Colin, n° 141, 2008/3, pp.3-9.

FAUVILLE B., «Mettre de l'ordre» et «faire autorité» dans les classifications en santé mentale ? in Topique, La psychanalyse aujourd'hui, L'esprit du temps, n°132, L'ordre, 2015/3, pp.93-109.

FOSSIER A., *Le grand renfermement*, in Revue de Sciences humaines Tracés, 1 | 2002, disponible sur : <https://journals.openedition.org/traces/4130>

GOODMAN L. A. et al., *Physical and Sexual Assault History in Women with Serious Illness: Prevalence, Correlates, Treatment, and Future Research Directions*, Schizophrenia Bulletin, volume 23, n°4, 1997.

JONSSON G. et al., *Human rights, mental illness and HIV: The Luthando Neuropsychiatric HIV Clinic in Soweto, South Africa*, Health and Human Rights Journal 13/2, 20 août 2013, disponible sur : <https://www.hhrjournal.org/2013/08/human-rights-mental-illness-and-hiv-the-luthando-neuropsychiatric-hiv-clinic-in-soweto-south-africa/>

LEROUX N., *Pour en lire plus : Quand le voyage devient pathologique... Les fous voyageurs*, in Téoros, Tourisme sportif et santé, 40-1 | 2021, disponible sur : <https://journals.openedition.org/teoros/9986>

LÉVÊQUE M., *Le renouveau d'une discipline controversée : la psychochirurgie* in Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences (PSN), Éditions Matériologiques, Volume 12, 2014/2, pp.19-35.

L JAMES S. et al., *Global, Regional, and National Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability for 354 Diseases and Injuries for 195 Countries and Territories, 1990–2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*, The Lancet 392, n° 10159, 10 novembre 2018.

MC MAHON A., RADJACK R. et MORO M.-R., *Psychiatrie transculturelle : pour une éthique de tous les mondes*, Revue canadienne de bioéthique, Volume 3, n°2, 2020, pp.54-62.

MINARD M., *Robert Spitzer et le diagnostic homosexualité du DSM-II*, Sud/Nord, Érés, n°24, 2009/1, pp.79-83.

REED G. et al., *Développement de la CIM-11 de l'OMS dans les pays francophones* in L'information psychiatrique, Les classifications, volume n°89, 2013/4, pp.303-309.

VOYER M. et al., *Dangerosité psychiatrique et prédictivité* in L'information psychiatrique, 2009/8, pp.745-752.

III. Sources factuelles

A. Articles de presse

Adweknow, *Arte Reportages: « Un village au service des malades mentaux » en Côte d'Ivoire*, octobre 2020, disponible sur : <https://adweknow.com/arte-reportages-village-service-malades-mentaux-cote-divoire/>

ARCE C., *L'hystérie, la démence... pour accabler les femmes, toutes sortes de maladies ridicules ont été inventées dans le passé*, Terrafemina in The Huffington Post, 4 avril 2015, disponible sur : https://www.huffingtonpost.fr/2015/04/04/hysterie-demence-accabler-femmes-maladies-ridicules_n_7000090.html

COLSON M.-L., *Des stérilisations forcées dans toute la Scandinavie*, Libération, 27 août 1997, disponible sur : https://www.liberation.fr/planete/1997/08/27/des-sterilisations-forcees-dans-toute-la-scandinavie_212340/

CURRAT P., *Le criminel dangereux et l'émergence d'un «droit pénal de l'ennemi»*, Le Temps, 18 septembre 2013, disponible sur : <https://www.letemps.ch/opinions/criminel-dangereux-lemergence-dun-droit-penal-lennemi>

DAGORN G., *La santé mentale éprouvée par l'épidémie de Covid-19*, Le Monde, 24 octobre 2020, disponible sur : https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/10/24/la-sante-mentale-eprouvee-par-l-epidemie-de-covid-19_6057201_4355770.html

FABRE C., *"Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres"*, de Françoise Sironi : *identités "trans"*, 16 juin 2011, disponible sur : https://www.lemonde.fr/livres/article/2011/06/16/psychologie-s-des-transsexuels-et-des-transgenres-de-francoise-sironi_1536797_3260.html

Homewood santé, *Les blessures invisibles des troubles de santé mentale*, disponible sur : <https://homewoodhealth.com/sante/5a12fe96f90eae021dfd5acd/les-blessures-invisibles-des-troubles-de-sante-mentale>

Human Rights Watch, *Conseil de l'Europe : Les droits des personnes handicapées menacés*, 21 novembre 2018, disponible sur : <https://www.hrw.org/fr/news/2018/11/21/conseil-de-leurope-les-droits-des-personnes-handicapees-menaces>

LECLAIR M., *Les précieux services de proximité en santé mentale*, Le devoir, 11 novembre 2020, disponible sur : <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/589476/sante-mentale-les-precieux-services-de-proximite>

Les Inrocks, *L'OMS retire la transidentité des maladies mentales : "Une amélioration encore imparfaite"*, 28 mai 2019, disponible sur : <https://www.lesinrocks.com/actu/loms-retire-la-transidentite-des-maladies-mentales-une-amelioration-encore-imparfaite-155103-28-05-2019/>

MALANDA T., *How depression has never been an African disease*, The Standard, 2014, disponible sur : <https://www.standardmedia.co.ke/entertainment/crazy-monday/2000131772/how-depression-has-never-been-an-african-disease>

PICOT D., *Troubles mentaux et violences sexuelles : des chiffres ahurissants*, 9 septembre 2014, disponible sur : <https://destinationsante.com/troubles-mentaux-violences-sexuelles-des-chiffres-ahurissants.html>

S. L., *Tour du monde de la folie*, Le Temps, 9 mai 2013, disponible sur : <https://www.letemps.ch/sciences/tour-monde-folie>

WATTERS E., *The Americanization of mental illness*, New York Times magazine, 8 janvier 2010, disponible sur : <https://www.nytimes.com/2010/01/10/magazine/10psyche-t.html>

WATTERS E., *Une psychiatrie mondialisée. Comment l'Occident exporte ses troubles mentaux*, Courrier International, 3 mars 2010, disponible sur : <https://www.courrierinternational.com/article/2010/03/04/comment-l-occident-exporte-ses-troubles-mentaux>

B. Sites internet (consultés le 19 août 2021)

Centre régional d'information des Nations unies (UNRIC), *Le COVID-19 affecte la santé mentale des jeunes*, 16 juillet 2020, disponible sur : <https://unric.org/fr/le-covid-19-affecte-la-sante-mentale-des-jeunes/>

INSERM, *Classification internationale des maladies (CIM-9)*, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, disponible sur : <https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/cim-9/historique>

INSERM, *Psychiatrie*, disponible sur : <https://histoire.inserm.fr/les-domaines-de-recherche/psychiatrie>

Janssen France, *Le Grand baromètre de la schizophrénie*, 2018, disponible sur : <https://www.janssen.com/france/le-grand-barometre-de-la-schizophrénie>

La santé tropicale, *1er congrès panafricain sur la santé mentale: la collaboration avec les tradipraticiens incontournable*, 2002, disponible sur : http://www.santetropicale.com/Actualites/0302/actualites0302_39.htm

Mental Health innovation network, *QualityRights Gujarat*, disponible sur : https://www.mhinnovation.net/innovations/qualityrights-gujarat?qt-content_innovation=0#qt-content_innovation

Mission laïque française, *La langue française dans le monde*, interview de R. Pilhion, 14 mai 2020, disponible sur : <https://www.mlfmonde.org/tribunes/la-langue-francaise-dans-le-monde/>

Observatoire des inégalités, *Dans 69 pays sur 193, l'homosexualité est interdite*, 17 mai 2021, disponible sur : https://www.inegalites.fr/Dans-69-pays-sur-193-l-homosexualite-est-interdite?id_theme=19

OMS, *La thérapie à distance renforce les services de santé mentale en Éthiopie*, 5 novembre 2020, disponible sur : <https://www.afro.who.int/fr/news/la-therapie-distance-renforce-les-services-de-sante-mentale-en-ethiopie>

ONU femmes, rubrique droit international des droits de l'homme, 3 juillet 2013, disponible sur : <https://www.endvawnow.org/fr/articles/1485-droit-international-des-droits-de-lhomme-.html>

Overblog, *Thérapies anti-homos*, interview de J.-L. Tin, publié par J.-Y. Alt le 7 Novembre 2017, disponible sur : <http://culture-et-debats.over-blog.com/article-287249.html>

Santé mentale.fr, *Le QualityRights Tool Kit disponible en français*, rubrique Actualités, 23 juin 2016, disponible sur : <https://www.santementale.fr/2016/06/le-quality-rights-tool-kit-disponible-en-francais/>

Table des matières

Sommaire	4
Liste d'abréviations	5
Introduction	6
I. La difficile bascule du statut d'objet de soins à celui de sujet de droits	15
A. En matière de soins : conflits entre approche thérapeutique et modèle médical.....	16
1. <i>Les apports de l'approche fondée sur les droits de l'homme</i>	<i>17</i>
a. La protection conférée par les organes des Nations unies	18
b. La protection conférée par le Conseil de l'Europe.....	20
c. La protection conférée par les hautes juridictions d'Amérique du Nord	23
2. <i>La persistance du modèle médical</i>	<i>24</i>
a. Les placements involontaires.....	25
b. Les stérilisations et avortements forcés	27
c. Les traitements forcés	29
d. L'isolement et la contention.....	31
B. Au sein de la société : conflits entre approche inclusive et modèle sécuritaire	33
1. <i>L'inclusion dans la société grâce à l'approche fondée sur les droits de l'homme.....</i>	<i>35</i>
a. La protection conférée par les organes des Nations unies	36
b. La protection conférée par le Conseil de l'Europe.....	38
c. La protection conférée par les organisations et juridictions extra-européennes	41
2. <i>La persistance du modèle sécuritaire.....</i>	<i>43</i>
a. Des questionnements autour de la capacité juridique.....	44
b. Des internements fondés sur la « dangerosité ».....	47
c. Une stigmatisation permanente.....	50
II. Les défis pour une pleine reconnaissance du droit à la santé mentale	54
A. Surmonter l'invisibilisation de la santé mentale.....	54
1. <i>Sortir la santé mentale de la catégorie du handicap</i>	<i>55</i>
a. L'absorption malvenue de la santé mentale par le handicap	56
b. Les conséquences de cette absorption pour le droit à la santé mentale	59
2. <i>Émanciper la santé mentale de la santé physique</i>	<i>64</i>
a. Les conséquences de la priorisation de la santé physique.....	65

b. Un compromis possible ?	70
B. Surmonter le manque de consensus des parties prenantes.....	73
1. <i>Les sources des difficultés d’appréhension de la notion de santé mentale</i>	74
a. Les différences de perception selon le cadre spatio-temporel	75
b. Le poids des normes et la psychiatrisation des écarts à la norme	80
2. <i>Des pistes pour surpasser ces difficultés d’appréhension</i>	83
a. Dialoguer avec l’ensemble des parties prenantes	84
b. Prendre en compte l’ensemble des pratiques culturelles	89
 Conclusion.....	 92
 Annexe.....	 93
 Bibliographie.....	 95
 Table des matières.....	 105