

ÉGALITÉ



# Placement involontaire et traitement involontaire de personnes souffrant de troubles mentaux



**FRA**

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS



Ce rapport traite de questions liées à l'intégrité de la personne (article 3), à l'interdiction de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (article 4), au droit à la liberté et à la sûreté (article 6), au respect de la vie privée et familiale (article 7), à la non-discrimination (article 21), à l'intégration des personnes handicapées (article 26) et à la protection de la santé (article 35), qui relèvent des Titres I « Dignité », II « Libertés » et III « Égalité » de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

## Europe Direct est un service destiné à vous aider à trouver des réponses aux questions que vous vous posez sur l'Union européenne

Un numéro unique gratuit (\*) :  
00 800 6 7 8 9 10 11

(\*) Certains opérateurs de téléphonie mobile ne permettent pas l'accès aux numéros 00 800 ou peuvent facturer ces appels.

Crédit photo (couverture & intérieur) : SXC

De nombreuses autres informations sur l'Union européenne sont disponibles sur l'internet via le serveur Europa (<http://europa.eu>).

FRA – Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne  
Schwarzenbergplatz 11 – 1040 Vienne – Autriche  
Tél. : +43 158030-0 – Fax : +43 158030-699  
E-mail : [info@fra.europa.eu](mailto:info@fra.europa.eu) – [fra.europa.eu](http://fra.europa.eu)

Une fiche catalographique figure à la fin de l'ouvrage.

Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne, 2012

ISBN 978-92-9192-951-1  
doi:10.2811/88416

© Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, 2012  
Reproduction autorisée, sauf à des fins commerciales, moyennant mention de la source.

Printed in Belgium

IMPRIMÉ SUR PAPIER FSC CERTIFIÉ



# Placement involontaire et traitement involontaire de personnes souffrant de troubles mentaux



# Avant-propos

L'entrée en vigueur en mai 2008 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CRPD) a marqué une étape importante dans le développement du droit international des droits de la personne. Le premier traité relatif aux droits de la personne du 21<sup>e</sup> siècle offre aux personnes handicapées un large éventail de garanties en matière de droits fondamentaux couvrant tous les aspects de leur vie. Bien que destinés à réaffirmer des droits existants consacrés par des traités internationaux antérieurs plutôt qu'à en établir de nouveaux, les principes de non-discrimination, d'autonomie et d'inclusion inscrits dans la convention garantissent que cette dernière constitue une révolution conceptuelle de la notion de handicap dans le droit international.

La CRPD combine des droits de l'homme et des garanties générales de non-discrimination dans un but essentiel : assurer l'égalité de traitement des personnes handicapées. Cet objectif clair et néanmoins global explique dans une large mesure l'adhésion massive des États membres de l'Union européenne (UE) à la CRPD. Tous les États membres de l'UE ont signé la convention et 20 d'entre eux l'ont déjà ratifiée, tandis que d'autres ratifications sont attendues dans un proche avenir. En outre, en ratifiant elle aussi la convention en décembre 2010, l'Union européenne est désormais à même de lutter plus efficacement contre la discrimination et de mieux protéger les droits des personnes handicapées.

Le cadre juridique est donc en place. Toutefois, en raison de sa nouveauté, la CRPD doit encore trouver sa place dans les systèmes juridiques de l'UE et de ses États membres. Le présent rapport fait le point sur ce processus.

Les procédures de placement et de traitement involontaires de personnes souffrant de troubles mentaux peuvent avoir des conséquences pour les droits les plus fondamentaux, comme le droit à l'intégrité de la personne et le droit à la liberté. C'est la raison pour laquelle les normes relatives aux droits de l'homme, qu'elles se situent au niveau des Nations Unies ou de l'Europe, ont mis en place de garanties strictes pour limiter toute atteinte induite à ces droits. La CRPD réaffirme fermement ces garanties tout en appelant à l'égalité de traitement des personnes souffrant de troubles mentaux.

Le rapport se penche sur les normes juridiques internationales et européennes actuelles et propose une analyse juridique comparative des cadres juridiques des États membres de l'UE. Cette analyse juridique est étayée par des données, qui résultent d'une enquête de terrain menée par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne dans neuf États membres, et indiquent comment les personnes interrogées ont vécu les traitements involontaires et les placements involontaires dont elles ont fait l'objet. Les conclusions du rapport mettent en évidence la nécessité d'un nouveau débat sur le placement et le traitement involontaires dans l'Union européenne.

**Morten Kjaerum**  
Directeur

## Abréviations utilisées pour les États membres

AT	Autriche
BE	Belgique
BG	Bulgarie
CY	Chypre
CZ	République tchèque
DE	Allemagne
DK	Danemark
EE	Estonie
EL	Grèce
ES	Espagne
FI	Finlande
FR	France
HU	Hongrie
IE	Irlande

IT	Italie
LT	Lituanie
LU	Luxembourg
LV	Lettonie
MT	Malte
NL	Pays-Bas
PL	Pologne
PT	Portugal
RO	Roumanie
SE	Suède
SI	Slovénie
SK	Slovaquie
UK	Royaume-Uni



# Table des matières

AVANT-PROPOS .....	3
RÉSUMÉ.....	7
INTRODUCTION .....	9
<b>1 NORMES INTERNATIONALES ET EUROPÉENNES .....</b>	<b>13</b>
1.1. Placement involontaire .....	14
1.1.1. Droit à la liberté : les normes des Nations Unies.....	14
1.1.2. Droit à la liberté : les normes du Conseil de l'Europe.....	17
1.2. Traitement involontaire.....	22
1.2.1. Normes des Nations Unies.....	23
1.2.2. Normes du Conseil de l'Europe .....	25
<b>2 CADRE JURIDIQUE DES ÉTATS MEMBRES DE L'UE.....</b>	<b>31</b>
2.1. Législation.....	31
2.2. Critères applicables au placement involontaire et au traitement involontaire .....	33
2.2.1. Le risque de dommage et le but thérapeutique .....	33
2.2.2. Alternatives moins restrictives.....	35
2.2.3. Prise en compte de l'avis du patient .....	36
2.3. Procédures d'évaluation et de décision.....	37
2.3.1. Qualification et nombre d'experts intervenant dans l'évaluation.....	37
2.3.2. Autorités ou personnes autorisées à statuer sur un placement involontaire.....	38
2.3.3. Audition obligatoire de la personne concernée .....	39
2.3.4. Autorités ou personnes autorisées à statuer sur la fin de la mesure .....	40
2.4. Réexamen et recours contre une décision de placement.....	41
2.4.1. Aide juridique gratuite .....	41
2.4.2. Réexamen et recours concernant la légalité d'un placement et/ou d'un traitement involontaires.....	42
<b>3 RÉCITS PERSONNELS – DONNÉES RECUEILLIES DANS LE CADRE DE L'ENQUÊTE DE TERRAIN .....</b>	<b>45</b>
3.1. Placement involontaire .....	46
3.1.1. Expériences de placement involontaire .....	46
3.1.2. Expériences de placements « volontaires » sans choix ni contrôle.....	48
3.1.3. Possibilités d'exercer un choix et un contrôle sur un séjour à l'hôpital ou dans d'autres établissements .....	48
3.2. Traitement involontaire.....	49
3.2.1. Traitement involontaire en milieu hospitalier .....	49
3.2.2. Traitement involontaire dans la communauté .....	52
3.3. Isolement et contention.....	52
3.4. Contester la légalité d'un placement ou d'un traitement involontaires.....	54
<b>LA VOIE À SUIVRE .....</b>	<b>57</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>59</b>
<b>ANNEXE 1</b>	
Législation relative au placement involontaire et au traitement involontaire (droit civil) .....	65
<b>ANNEXE 2</b>	
Critères pour le placement involontaire et le traitement involontaire par État membre de l'UE.....	68



# Résumé

Le droit international et national et les politiques nationales définissent une série de normes et de mécanismes de garantie relative au placement involontaire et au traitement involontaire des personnes handicapées. L'approche actuelle connaît une évolution depuis l'entrée en vigueur de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CRPD). La révolution conceptuelle vers une approche du handicap fondée sur les droits et consacrée par la CRPD, comporte des défis potentiels pour les cadres juridiques régissant actuellement le placement involontaire et le traitement involontaire. Les conséquences de cette révolution sont considérables, tant pour l'Union européenne (UE) que pour ses États membres.

Ce rapport présente une analyse juridique des normes internationales et nationales réalisée par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA) et rapporte l'expérience de quelques personnes souffrant de troubles mentaux qui ont fait l'objet d'un placement involontaire et d'un traitement involontaire. Cette étude vise tout à la fois à donner un aperçu de la situation juridique actuelle dans un domaine du droit marqué par des réformes récentes et à comprendre comment des individus vivent réellement les procédures de placement et de traitement involontaires.

Les résultats de l'analyse juridique réalisée par la FRA montrent que le droit relatif aux droits de la personne permet que des personnes souffrant de troubles mentaux soient privées de liberté dans certaines circonstances, à condition que certaines garanties soient respectées. En particulier, les procédures de placement involontaire et de traitement involontaire doivent se conformer à des garanties procédurales et un tribunal ou un autre organe indépendant doit en contrôler la légalité. Le rapport analyse les normes des Nations Unies et du Conseil de l'Europe en la matière. Il propose notamment une analyse détaillée des principales garanties offertes par la CRPD.

Au niveau des États membres de l'UE, cette recherche montre que les lois qui régissent le placement involontaire et le traitement involontaire sont très variées. Néanmoins, les conclusions du rapport dégagent plusieurs traits communs, qui sont le reflet des normes actuelles en matière de droits de la personne. Tous les États membres fixent des critères minimaux à respecter pour que le placement involontaire ou le traitement involontaire soit licite. En outre, les cadres juridiques nationaux donnent aux personnes ayant fait l'objet d'un placement involontaire, le droit de faire appel de la décision de placement et le droit de demander à un tribunal de réexaminer leur placement.

Les données issues de la recherche sociologique réalisée sur le terrain auprès de personnes souffrant de troubles mentaux mettent en évidence des expériences de placement involontaire ou de traitement involontaire majoritairement négatives. S'il est vrai que les circonstances des mesures obligatoires sont très différentes d'un cas à l'autre, le traumatisme et la peur que les personnes souffrant de troubles mentaux associent au placement ou au traitement involontaires apparaissent comme des thèmes récurrents de la recherche. En dépit de leurs expériences négatives, seuls quelques participants<sup>1</sup> ont tenté de contester la légalité de leur placement involontaire ou de leur traitement involontaire, une réticence qui reflète souvent le fait que les personnes méconnaissent les droits qui sont les leurs lorsqu'ils sont placés contre leur volonté.

En revanche, certains participants ont évoqué leur expérience sous un jour plus positif, lorsque leur placement était volontaire et réalisée de façon à leur donner le choix et le contrôle de leur traitement. Bien qu'elles ne soient pas représentatives de la situation actuelle dans les États membres de l'UE ou dans l'ensemble de l'UE, les conclusions de la recherche ont mis en exergue la manière dont les personnes interrogées vivent les lois sur le placement involontaire et le traitement involontaire.

<sup>1</sup> Dans l'intérêt d'une meilleure lisibilité, l'utilisation de la forme grammaticale masculine pour la désignation des personnes et des fonctions doit être comprise comme se référant à toute personne sans considération de genre.



# Introduction

« 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), Plate-forme européenne contre la pauvreté et l'exclusion sociale : un cadre européen pour la cohésion sociale et territoriale

La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CRPD) a été adoptée en décembre 2006 et est entrée en vigueur en mai 2008. Elle réaffirme une série de droits fondamentaux des personnes handicapées, y compris des personnes souffrant de troubles mentaux. La convention représente une révolution conceptuelle majeure en reconnaissant que les personnes handicapées ne doivent pas simplement être considérées comme les bénéficiaires d'organisations caritatives ou de soins médicaux, mais aussi en tant que détenteurs de droits<sup>2</sup> ayant une « dignité humaine intrinsèque, méritant d'être protégée à l'égal de celle d'autres êtres humains »<sup>3</sup>. Les États parties à la convention doivent donc prendre des mesures pour faire en sorte que les personnes handicapées soient dûment prises en charge par la société<sup>4</sup>.

## CRPD

### Article 1<sup>er</sup>, paragraphe 1 – Objet

La présente Convention a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque.

Du fait de l'adoption de la CRPD, les approches et les législations existantes relatives aux personnes souffrant de troubles mentaux doivent être réexaminées à la lumière de l'importance que met la convention accorde à la non-discrimination et l'égalité de traitement. Ratifiée par 20 États membres de l'UE et par l'Union européenne en décembre 2010, la CRPD influe sur la manière dont les États membres de l'UE organisent les soins de santé pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Des

réformes nationales récentes ont déjà pris en compte les garanties inscrites dans la CRPD. Par ailleurs, la Cour européenne des droits de l'homme (CouEDH) cite régulièrement la CRPD dans sa jurisprudence. La convention servira donc de référence pour l'élaboration des futures normes du Conseil de l'Europe et de l'Union européenne<sup>5</sup>.

L'élaboration de la politique de l'UE reflète également le changement conceptuel en matière de santé mentale. En juin 2011, le Conseil de l'Union européenne a analysé la mise en œuvre du Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être<sup>6</sup>, initiée en 2008 et a, entre autres, invité les États membres à « faire de la santé mentale et du bien-être une priorité en matière de santé et à élaborer des stratégies et/ou des plans d'action en matière de santé mentale, y compris en ce qui concerne la prévention de la dépression et du suicide ; [...] à encourager, lorsque c'est possible et opportun, des modèles de traitement et de soins fondés sur l'intégration sociale et les services de proximité ; [...] à lutter contre la stigmatisation et l'exclusion des personnes atteintes de troubles mentaux et la discrimination à leur égard »<sup>7</sup>.

Ces développements politiques au niveau de l'UE font suite à une série d'initiatives mises en œuvre au cours des années précédentes dans un contexte européen plus large. En 2004, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a adopté une recommandation essentielle relative aux droits des personnes souffrant de troubles mentaux et, en janvier 2005, les Ministres de la Santé de la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont adopté une déclaration et un plan d'action général sur la santé mentale pour l'Europe<sup>8</sup>. Entre-temps, la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme portée, dans toute l'Europe, sur des violations spécifiques des droits fondamentaux des personnes handicapées et, en particulier, des personnes souffrant de troubles mentaux.

Dans le cadre de ce réexamen élargi des droits des personnes souffrant de troubles mentaux, deux aspects particulièrement préoccupants sont le placement involontaire et le traitement involontaire. Ces questions sont liées à deux droits fondamentaux essentiels : la dignité de la personne et l'égalité<sup>9</sup>.

2 Pour un complément d'information sur la révolution conceptuelle de la notion de handicap, voir : FRA (2011a).

3 Theresia Degener, citée dans Kämpf, A. (2010), p. 133.

4 Organisation des Nations Unies (ONU), Haut-Commissaire aux droits de l'homme (2009).

5 Commission européenne (2010b).

6 Commission européenne (2009).

7 Conseil de l'Union européenne (2011).

8 OMS (2005a), OMS (2005b).

9 Hartlev, M. (2009).

Il n'existe pas de définition internationalement acceptée du placement involontaire ou du traitement involontaire. Le présent rapport s'en tient aux normes énoncées dans la recommandation Rec(2004)10 du Conseil de l'Europe<sup>10</sup> (ci-après « Rec(2004)10 »). L'article 16 de cette recommandation indique que le placement involontaire et le traitement involontaire sont des « mesures [...] qui vont à l'encontre de la volonté actuelle de la personne concernée »<sup>11</sup>.

### Recommandation Rec(2004)10 du Conseil de l'Europe

#### Article 16 – Champ d'application du chapitre III

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

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

Le placement involontaire et le traitement involontaire des personnes handicapées sont des sujets sensibles, complexes et d'actualité. Ils sont sensibles parce qu'ils peuvent impliquer des violations des droits de l'homme qui restent souvent longtemps cachées ; complexes parce que, reflet du « modèle médical » du handicap, la nécessité d'un traitement était traditionnellement considérée comme primant sur les considérations relatives aux droits de l'homme<sup>12</sup> ; et d'actualité parce que des réformes sont en cours dans les États membres de l'UE et au Conseil de l'Europe.

*« 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 – Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne*

Le Livre vert de 2005 de la Commission européenne sur la santé mentale reconnaissait déjà que l'internement obligatoire et le traitement forcé « portent gravement atteinte » aux droits des « patients » et que de

telles méthodes « ne devraient être utilisées qu'en dernier recours, en cas d'échec de solutions moins contraignantes »<sup>13</sup>. De ce fait, de nombreux États membres de l'UE ont récemment réformé ou sont en passe de réformer leur cadre juridique dans ce domaine. En 2013, le Conseil de l'Europe entamera des travaux en vue de l'élaboration d'un premier instrument contraignant en la matière : un protocole additionnel à la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (Convention d'Oviedo)<sup>14</sup>.

## Contexte du projet et portée du rapport

L'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA) s'est concentrée sur les droits fondamentaux des personnes handicapées dès sa création en 2007<sup>15</sup>. Elle a décidé de commencer par rassembler des données concrètes sur la situation des droits fondamentaux de deux groupes ayant fait l'objet de très peu de recherches, à savoir les personnes handicapées mentales et les personnes souffrant de troubles mentaux.

La FRA a procédé à une recherche et à une analyse juridique comparative dans l'ensemble de l'UE et a examiné les cadres juridiques actuellement en vigueur. Elle a également mis en œuvre une recherche qualitative sur le terrain dans neuf États membres de l'UE, qui appliquerait diverses politiques en matière de handicap (Allemagne, Bulgarie, France, Grèce, Hongrie, Lettonie, Roumanie, Royaume-Uni et Suède). La recherche de terrain a requis la participation directe de personnes ayant un handicap mental, de personnes souffrant de troubles mentaux, et de personnes travaillant avec elles. Cette approche permet de mieux comprendre comment les personnes handicapées mentales et les personnes souffrant de troubles mentaux vivent l'exercice de leurs droits dans la pratique.

Le rapport de la FRA intitulé *Le droit à la participation politique des personnes souffrant de troubles mentaux et des personnes handicapées mentales*, publié en 2010, comporte la première partie de l'analyse juridique. Ce rapport a été suivi en 2011 par un second sur *La protection juridique des personnes souffrant de troubles mentaux en vertu de la législation en matière de non-discrimination*.

Le présent rapport rassemble les principales conclusions de l'analyse juridique et de la recherche de terrain sur le placement involontaire et le traitement involontaire. L'analyse juridique repose sur des informations fournies

<sup>10</sup> Conseil de l'Europe, Comité des Ministres, Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux États membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, adoptée le 22 septembre 2004.

<sup>11</sup> Conseil de l'Europe, Comité des Ministres (2004a).

<sup>12</sup> La recherche a montré que ce changement d'approche n'a pas encore été suffisamment étudié. Pour plus d'information, voir : Kallert, T. W. (2011), p. 130.

<sup>13</sup> Commission européenne (2005), p. 11.

<sup>14</sup> Conseil de l'Europe (1997) ; Conseil de l'Europe, Programme et budget 2012-2013, p. 58.

<sup>15</sup> Règlement (CE) n° 168/2007 du Conseil du 15 février 2007.

par FRALEX, le réseau d'experts juridiques de la FRA. Les éléments de preuve présentant les expériences vécues par des personnes souffrant de troubles mentaux dans le cadre d'un placement involontaire et d'un traitement involontaire s'appuient sur des entretiens individuels semi-structurés avec des personnes atteintes de troubles mentaux et sur des entretiens de groupe avec des parties prenantes pertinentes des neuf États membres de l'UE dans lesquels le travail de terrain s'est déroulé. Cette recherche primaire complète et approfondit la recherche juridique et montre comment les personnes concernées ressentent, dans la pratique, les conséquences de ces procédures juridiques.

Le placement involontaire et le traitement involontaire revêtent des formes très diverses dans la législation des États membres de l'UE. Le présent rapport se concentre sur les mesures relevant du droit civil. Les règles spécifiques applicables en matière pénale ou de justice pour les mineurs sont donc exclues de cette recherche. De même, s'il est vrai qu'il existe souvent un lien direct entre un placement involontaire ou un traitement involontaire et l'incapacité juridique (voir l'article 16 de la Rec(2004)10), l'analyse de cette situation dépasse la portée d'un rapport aussi bref<sup>16</sup>.

L'analyse juridique n'évalue pas le degré de mise en œuvre pratique de la législation en cause pas plus que la mesure dans laquelle la CRPD impose des réformes au niveau des États membres de l'UE. En revanche, elle décrit la manière dont les parlements nationaux tiennent compte des exigences de la CRPD et garantissent les droits fondamentaux des personnes souffrant de troubles mentaux. Le rapport fournit aux institutions de l'UE et aux États membres de l'UE des données comparables sur la situation actuelle.

D'autres informations contextuelles proviennent de rapports thématiques sur la situation des personnes handicapées mentales et des personnes souffrant de troubles mentaux dans chaque État membre<sup>17</sup>. Des informations supplémentaires ont été collectées par le biais d'échanges avec des partenaires majeurs, dont plusieurs délégations du groupe de haut niveau de la Commission européenne sur le handicap, l'unité « Déterminants de la santé » de la Direction Générale de la Santé et des consommateurs de la Commission européenne, le secrétariat du Comité pour la prévention de la torture du Conseil de l'Europe, Mental Health Europe et avec des experts individuels, tels que le professeur Peter Bartlett, Trust Professor of Mental Health Law

au Nottinghamshire Healthcare NHS, Université de Nottingham, le docteur Zdenka Čebašek-Travník, Médiatrice des droits de l'homme de la République de Slovaquie, le Professeur Hans Joachim Salize du groupe de recherche sur les services de santé mentale à l'Institut central de santé mentale de Mannheim et Marianne Schulze. La FRA fait part de sa gratitude pour leurs précieuses contributions. Les avis et conclusions de ce présent rapport ne représentent pas nécessairement le point de vue des organisations ou des experts individuels qui ont contribué à son élaboration.

## Terminologie

### CRPD

#### Article 1<sup>er</sup>, paragraphe 2

Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou 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.

Le préambule de la CRPD reconnaît que le handicap est une notion qui « évolue » et que, de ce fait, il n'existe pas d'expression communément acceptée pour décrire différents groupes de personnes souffrant de handicaps particuliers. Au cours de la période pendant laquelle l'étude a été réalisée, des organisations internationales ont modifié leur terminologie. Ainsi, le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe a utilisé en 2009<sup>18</sup> et 2010<sup>19</sup> l'expression collective « personnes handicapées mentales » en référence aux « personnes présentant des troubles psychiques ou des déficiences intellectuelles ». Par la suite, il fait référence dans son *Carnet des droits de l'homme* en 2012 aux « personnes ayant des déficiences intellectuelles et psychosociales »<sup>20</sup>. Le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être de la Commission européenne mentionne des « personnes souffrant de troubles mentaux »<sup>21</sup>, tandis que la « Stratégie européenne en faveur des personnes handicapées pour 2010-2020 » de la Commission européenne utilise l'expression de la CRPD, à savoir « déficiences psychosociales »<sup>22</sup>. Enfin, l'OMS, dans son *Rapport mondial sur le handicap*<sup>23</sup>, parle de « personnes souffrant de troubles mentaux ». En dépit des variations terminologiques, toutes les

16 Les questions relatives à la capacité juridique sont abordées dans FRA (2012) et dans un prochain rapport comparatif de la FRA sur la capacité juridique.

17 Pour un complément d'informations sur la méthodologie de la recherche sociologique, voir : FRA (2012).

18 Conseil de l'Europe, Commissaire aux droits de l'homme (2009).

19 Conseil de l'Europe, Commissaire aux droits de l'homme (2010).

20 Conseil de l'Europe, Commissaire aux droits de l'homme (2012).

21 Commission européenne (2009).

22 Commission européenne (2010b).

23 OMS (2011).

organisations citées reconnaissent que le handicap pose des problèmes en matière de droits de l'homme et que ses conséquences sont le résultat de l'interaction de l'individu avec la société<sup>24</sup>.

En l'absence d'une terminologie commune et après consultation d'organisations de personnes handicapées, la FRA a décidé d'utiliser les expressions « personnes handicapées intellectuelles » et de « personnes souffrant de troubles mentaux » dans la présente étude. L'expression « personnes handicapées intellectuelles » est utilisée par Inclusion Europe, une association de personnes handicapées intellectuelles et leurs familles en Europe<sup>25</sup>, ainsi que par la Plate-forme européenne des auto-représentants (EPSA)<sup>26</sup>, un réseau de personnes handicapées intellectuelles ; cependant, ailleurs, l'expression privilégiée est « personnes ayant des troubles d'apprentissage »<sup>27</sup>. L'expression « personnes souffrant de troubles mentaux » a été considérée comme la plus accessible à un lectorat multilingue, bien que le Réseau mondial des usagers et des survivants de la psychiatrie<sup>28</sup>, l'International Disability Alliance<sup>29</sup>, qui est une organisation non gouvernementale internationale se consacrant du handicap, et le Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies<sup>30</sup> préfèrent utiliser l'expression « handicap psychosocial ». Cette expression n'est toutefois pas utilisée par le Réseau européen des (ex-)usagers et des survivants de la psychiatrie (REUSP-ENUSP)<sup>31</sup> en raison des discussions en cours sur la relation entre les concepts de santé mentale et de handicap et de la réticence de nombreuses personnes souffrant de troubles psychiatriques à s'identifier comme handicapées.

Le handicap intellectuel et les troubles mentaux sont des phénomènes séparés et distincts. Ils ont donné naissance à des mouvements politiques différents, sont associés à des types d'expériences et de réponses différents et connaissent souvent des problèmes assez différents. Néanmoins, on peut observer certains recouvrements et chevauchements entre eux. Les personnes handicapées intellectuelles peuvent, comme le reste de la population, également souffrir de troubles mentaux.

Pour éviter les répétitions, il est fait référence dans ce rapport aux « personnes handicapées » au sens de la CRPD ; l'intention n'est pas de sous-estimer d'une quelconque façon les différences importantes qui distinguent les personnes handicapées intellectuelles des personnes souffrant de troubles mentaux. Le rapport fait également référence à des « groupes de personnes », bien qu'il soit pleinement reconnu que les expériences individuelles varient grandement.

Les problèmes liés au placement involontaire et au traitement involontaire affectent aussi bien les personnes souffrant de troubles mentaux que les personnes handicapées intellectuelles. Les normes les plus élaborées traitent néanmoins essentiellement des personnes souffrant de troubles mentaux. C'est notamment le cas de la recommandation Rec(2004)10 du Conseil de l'Europe.

Le rapport est divisé en trois chapitres. Le premier présente un bref aperçu des normes et des mécanismes de garantie internationaux et européens relatifs à la protection des personnes souffrant de troubles mentaux et décrit le contexte juridique international du placement involontaire et du traitement involontaire. Le deuxième chapitre détaille la législation nationale des États membres de l'UE. Il se penche sur les questions soulevées et étudiées dans un rapport cofinancé par la Commission européenne sur la législation et les pratiques relatives au placement et au traitement involontaires de patients souffrant de troubles mentaux dans les États membres de l'UE, intitulé *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in the EU Member States*, qui a été publié en mai 2002 (le rapport de 2002)<sup>32</sup>. Le présent rapport met à jour et complète partiellement les données contenues dans le rapport de 2002. Le troisième chapitre relate les expériences de personnes souffrant de troubles mentaux qui ont vécu un placement involontaire, un traitement involontaire, l'isolement et la contention.

24 *Ibid.* ; Conseil de l'Europe, Comité des Ministres (2006) ; Commission européenne (2010b) et (2009).

25 Voir : [www.inclusion-europe.org/en/about-us](http://www.inclusion-europe.org/en/about-us).

26 Voir : [www.inclusion-europe.org/en/self-advocacy](http://www.inclusion-europe.org/en/self-advocacy).

27 Pour plus d'informations sur l'utilisation de l'expression « troubles d'apprentissage », voir : [www.nhs.uk/Livewell/Childrenwithlearningdisability/Pages/Whatislearningdisability.aspx](http://www.nhs.uk/Livewell/Childrenwithlearningdisability/Pages/Whatislearningdisability.aspx).

28 Voir : [www.wnusp.net](http://www.wnusp.net).

29 Voir : [www.internationaldisabilityalliance.org/en](http://www.internationaldisabilityalliance.org/en).

30 ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011), point 8.

31 Voir : [www.enusp.org](http://www.enusp.org).

32 Salize, H. J. et al. (2002).



# 1

## Normes internationales et européennes

Toute discussion concernant le placement involontaire et le traitement involontaire de personnes handicapées a nécessairement un lien avec plusieurs droits fondamentaux. Les plus pertinents sont le droit à la liberté, notamment en ce qui concerne le placement involontaire, et l'interdiction de la torture et d'autres formes de mauvais traitements ainsi que la protection du droit à la vie privée en ce qui concerne le traitement involontaire. Le présent rapport n'est pas une analyse exhaustive des droits fondamentaux, mais souligne les principes clés auxquels ils sont attachés. Cela permet de définir le cadre juridique international du placement involontaire et du traitement involontaire et de présenter le cadre dans lequel s'inscrit le droit national.

Au niveau de l'Union européenne, ces droits sont tous garantis par la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. L'article 3 (droit à l'intégrité de la personne), l'article 4 (interdiction de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants), l'article 6 (droit à la liberté et à la sûreté), l'article 7 (respect de la vie privée et familiale), l'article 21 (non-discrimination), l'article 26 (intégration des personnes handicapées) et l'article 35 (protection de la santé) sont les droits et principes les plus pertinents qu'énonce la Charte. Celle-ci ne s'applique toutefois qu'au droit de l'Union européenne et lorsque les États membres de l'UE mettent en œuvre le droit de l'UE (article 51, paragraphe 1).

Bien que l'UE dispose d'une compétence complémentaire pour améliorer la santé publique, prévenir les maladies physiques et mentales et éliminer les sources de danger pour la santé physique et mentale, le droit de l'UE ne traite pas les questions spécifiques liées au placement involontaire et au traitement involontaire des personnes handicapées. Ces questions peuvent pourtant poser des problèmes de discrimination. Dès lors, si le droit dérivé de l'UE doit protéger les personnes physiques contre la discrimination fondée sur le handicap aussi largement

qu'il le fait pour la discrimination fondée sur l'origine ethnique ou raciale, la Charte des droits fondamentaux et en particulier son article 21 peuvent influencer sur la mise en œuvre nationale des mesures de placement et de traitement involontaires.

En outre, les institutions de l'UE, notamment la Commission européenne, jouent un important rôle de coordination en matière de santé publique. Elles élaborent des stratégies et des politiques, dont certaines contiennent des normes relatives au droit à la liberté en rapport avec le placement involontaire et le traitement involontaire. Le livre vert de la Commission, qui est un bon exemple<sup>33</sup>. Par ailleurs, lorsque l'UE complète les politiques nationales ou accorde des incitations financières, l'interdiction de discrimination fondée sur le handicap est prise en compte.

La résolution du Parlement européen sur l'amélioration de la santé mentale de la population fournit des orientations utiles sur les droits des personnes souffrant de troubles de santé mentale et privées de leur liberté. Elle déclare que toute forme de soins en milieu fermé et de médication forcée devrait « être régulièrement revue et effectuée uniquement avec l'accord du patient, ou à défaut, en dernier ressort, avec l'agrément d'une autorité civile »<sup>34</sup>. La résolution précise également que « le recours à la force est contre-productif, tout comme la médication forcée » et que « toute forme de soins en milieu fermé et de médication forcée devrait être limitée dans le temps »<sup>35</sup>.

<sup>33</sup> Commission européenne (2005), p. 11.

<sup>34</sup> Parlement européen (2006), point 33. Voir aussi : Parlement européen (1996), point 28, qui invite « les États membres à interdire les traitements inhumains et dégradants des personnes handicapées, à s'assurer que les personnes handicapées ne soient jamais hospitalisées, en raison de leur handicap, contre leur volonté, et à garantir que celles qui choisissent de vivre en institution bénéficient de la pleine jouissance de leurs droits humains fondamentaux ».

<sup>35</sup> *Ibid.*

Par conséquent, « il convient d'éviter toute forme de restriction à la liberté des personnes, en particulier les mesures de contention »<sup>36</sup>. En 2009, le Parlement européen a réitéré son point de vue en affirmant que « la déstigmatisation de la santé mentale suppose l'abandon du recours à des pratiques invasives et inhumaines ainsi que des pratiques reposant sur l'enfermement »<sup>37</sup>.

Dans un domaine où la compétence de l'UE est limitée, les normes en matière de droits fondamentaux sont élaborées à l'échelle internationale par les Nations Unies<sup>38</sup> et le Conseil de l'Europe. Les sections suivantes décrivent, dans un premier temps, les normes relatives au placement involontaire et, ensuite, celles relatives au traitement involontaire. Bien que le placement involontaire et le traitement involontaire soient présentés séparément afin de faciliter l'analyse, plusieurs garanties, telles que les droits procéduraux élaborés au niveau international, s'appliquent aux deux mesures. Les normes des Nations Unies et du Conseil de l'Europe constituent un point de référence pour l'analyse comparative de la législation des États membres de l'UE présentée au Chapitre 2.

## 1.1. Placement involontaire

Le placement involontaire, également appelé placement obligatoire, forcé ou sans consentement, est une notion intégrée et régie par les traités internationaux relatifs aux droits de l'homme ainsi que dans l'interprétation jurisprudentielle. Des documents non contraignants ont apporté des garanties supplémentaires tant au niveau des Nations Unies que du Conseil de l'Europe. La révolution conceptuelle que représente la CRPD met en évidence les normes susceptibles de poser des problèmes aux États parties.

La discussion qui suit présente l'évolution et la compréhension des garanties de la CRPD et les place dans le contexte du droit régional des droits de l'homme.

### 1.1.1. Droit à la liberté : les normes des Nations Unies

Le droit à la liberté est l'une des normes les plus anciennes en matière de droits de l'homme et a été consacré de façon constante par les traités des Nations Unies (ONU). Ce droit est particulièrement important dans le domaine du placement involontaire, puisque la privation de liberté survient lorsqu'une personne est placée dans une institution contre sa volonté et ne peut la quitter à son gré.

L'adoption de la CRPD en 2006 a fait entrer les garanties des droits de l'homme dans le domaine du handicap dans une ère nouvelle. Un nouvel état d'esprit est à l'origine de cette convention : les personnes handicapées sont des détenteurs de droits et non des bénéficiaires de la charité. Pour comprendre l'importance des changements relatifs au placement involontaire, il est utile de retracer brièvement l'évolution du droit à la liberté, avant de se pencher sur l'approche suivie par la CRPD. Des instruments plus anciens doivent être interprétés à la lumière de la CRPD<sup>39</sup>. En outre, le Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture a publié en 2008 un rapport sur le handicap et la torture, dans lequel il indiquait clairement que la CRPD infirmait les normes antérieures et, notamment, la résolution de l'Assemblée générale de 1991 sur les principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale (Principes relatifs à la santé mentale), qui autorisent le placement involontaire et le traitement involontaire dans certains cas<sup>40</sup>.

L'instrument antérieur le plus important garantissant le droit à la liberté, en dehors de la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui n'est pas contraignante, est le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (ICCPR). L'article 9, paragraphe 1, de l'ICCPR affirme que « Tout individu a droit à la liberté et à la sécurité de sa personne. Nul ne peut faire l'objet d'une arrestation ou d'une détention arbitraires. Nul ne peut être privé de sa liberté, si ce n'est pour des motifs et conformément à la procédure prévus par la loi ». Le Comité des droits de l'homme a reconnu que l'article 9 de l'ICCPR s'applique à la privation de liberté des personnes souffrant de troubles mentaux. Lorsque la privation de liberté est prévue par

<sup>36</sup> *Ibid.*, point 34.

<sup>37</sup> Parlement européen (2009), point 47.

<sup>38</sup> ONU, Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH), Bureau régional pour l'Europe (2011a).

<sup>39</sup> HCDH, Bureau régional pour l'Europe (2011b), p. 8.

<sup>40</sup> ONU, Rapporteur spécial sur la torture (2008), point 44.



la loi, les conditions visées à l'article 9, paragraphe 4, de l'ICCPR s'appliquent. L'article 9, paragraphe 4, dispose que « Quiconque se trouve privé de sa liberté par arrestation ou détention a le droit d'introduire un recours devant un tribunal afin que celui-ci statue sans délai sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale ». Par ailleurs, conformément à l'article 2, paragraphe 3, de l'ICCPR, les États parties doivent garantir que toute personne privée de sa liberté dispose d'un recours efficace<sup>41</sup>.

Le Comité des droits de l'homme a étudié la question de l'article 9 dans le cadre des troubles de santé mentale dans l'affaire *A. c. Nouvelle-Zélande*<sup>42</sup>. L'affaire concerne la détention de A. pendant neuf ans au motif qu'il était paranoïaque et représentait un danger pour lui-même et pour les autres. Le Comité des droits de l'homme a pris acte du fait qu'un examen psychiatrique approfondi et de longue durée a été mené par trois spécialistes, qu'A. avait la possibilité de contester son placement devant plusieurs tribunaux et que la détention était conforme au droit national. De l'avis du comité, « le fait d'avoir privé [A.] de sa liberté n'était ni illégal ni arbitraire et ne constituait pas par conséquent une violation du paragraphe 1 de l'article 9 du Pacte ». En outre, l'internement d'A. a régulièrement fait l'objet d'examen, ce qui signifie qu'aucune violation de l'article 9, paragraphe 4, n'a pu être établie pour ce motif. Néanmoins, la jurisprudence du Comité relative aux personnes souffrant de troubles mentaux est relativement peu développée.

Des normes non contraignantes des Nations Unies complètent la jurisprudence existante. Bien qu'elles doivent être revues à la lumière de la CRPD, une brève référence à ces normes s'impose. Les principes relatifs à la santé mentale<sup>43</sup> énoncent des règles détaillées pour le réexamen de la privation de liberté de personnes souffrant de troubles mentaux. Ces principes étant non contraignants, il est néanmoins utile de s'y référer pour comprendre les développements juridiques intervenus au niveau des Nations Unies. Le principe 16, paragraphe 2, dispose que « La mesure de placement ou de maintien d'office est prise initialement pour une brève période prévue par la législation nationale aux fins d'observation et de traitement préliminaire, en attendant que la décision de placement ou de maintien d'office du patient soit examinée par l'organe de révision »<sup>44</sup>. Conformément au principe 17, paragraphe 1, « L'organe

de révision est un organe judiciaire ou un autre organe indépendant et impartial établi et agissant selon les procédures fixées par la législation nationale ». Les principes relatifs à la santé mentale précisent également que « L'organe de révision examine périodiquement les cas des patients placés d'office à des intervalles raisonnables fixés par la législation nationale »<sup>45</sup>. Les garanties procédurales énoncées dans le principe 18 prévoient également que si un patient ne s'assure pas les services d'un conseil pour le représenter, « un conseil sera mis à la disposition du patient sans frais pour lui dans la mesure où il n'a pas de moyens suffisants pour le rémunérer ».

## CRPD

### Article 14 – Liberté et sécurité de la personne

1. Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres :
  - (a) jouissent du droit à la liberté et à la sûreté de leur personne ;
  - (b) ne soient pas privées de leur liberté de façon illégale ou arbitraire ; ils veillent en outre à ce que toute privation de liberté soit conforme à la loi et à ce qu'en aucun cas l'existence d'un handicap ne justifie une privation de liberté. [...]

La CRPD ne fait pas explicitement référence au placement involontaire. Son article 14, paragraphe 1, reprend le libellé du droit à la liberté et à la sécurité de la personne et indique clairement que la privation de liberté fondée sur l'existence d'un handicap est contraire à la CRPD et est intrinsèquement discriminatoire.

Telle a également été la conclusion du président du comité ad hoc qui a rédigé la CRPD. Le président a clos les discussions sur l'article 14 en déclarant : « Cette disposition est par essence non discriminatoire. Le débat s'est centré sur le traitement des personnes handicapées sur la même base que les autres. Les personnes handicapées qui représentent une menace légitime pour autrui devraient être traitées comme n'importe quelle autre personne »<sup>46</sup>.

41 ONU, Comité des droits de l'homme (1982).

42 ONU, Comité des droits de l'homme, *A. c. Nouvelle-Zélande*, Communication n° 754/1997 du 3 août 1999.

43 ONU, Assemblée générale (1991). Pour plus d'informations sur la procédure relative à l'examen d'un placement ou d'un traitement involontaire, voir le Chapitre 2.

44 *Ibid.*, Principe 16, paragraphe 2.

45 *Ibid.*, Principe 17, paragraphes 1 et 3.

46 ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées, Comité ad hoc (2006).

Le Comité des droits des personnes handicapées confirme ce point de vue en demandant aux États, dans ses lignes directrices relatives au rapport concernant l'article 14 de la CRPD, quelles mesures ils prennent « pour garantir que toutes les personnes atteintes de toutes les formes de handicap jouissent du droit à la liberté et à la sécurité de la personne et que nul n'est privé de sa liberté sur la base de son handicap »<sup>47</sup>. Il soulève également des questions concernant les mesures prises par les États « pour abolir toute législation autorisant le placement en institution ou la privation de liberté des personnes handicapées, quel que soit leur handicap »<sup>48</sup>.

En outre, dans ses observations finales relatives à la Tunisie, le Comité des droits des personnes handicapées a déclaré que « s'agissant de l'article 14 de la convention, le Comité est préoccupé par le fait que souffrir d'un handicap, y compris un handicap intellectuel ou psychosocial, peut constituer une base pour la privation de liberté dans la législation actuelle »<sup>49</sup>. Dans ses observations finales sur l'Espagne, le Comité des droits des personnes handicapées a pris « note du cadre juridique autorisant le placement en institution de personnes handicapées, y compris des personnes souffrant de déficiences intellectuelles et psychosociales (« maladie mentale ») »<sup>50</sup>. Le comité s'est également inquiété de « la tendance déclarée du recours à des mesures d'urgence de placement en institution ne prévoyant que des garanties a posteriori pour les personnes concernées »<sup>51</sup>.

Le Comité des droits des personnes handicapées a recommandé à l'Espagne de revoir « sa loi qui autorise la privation de liberté sur la base d'un handicap, y compris les déficiences psychosociales ou intellectuelles ; d'abroger les dispositions autorisant l'internement involontaire lié à un handicap apparent ou diagnostiqué et d'adopter des mesures afin de garantir que les services de santé, y compris les services de santé mentale, reposent sur le consentement éclairé de la personne concernée »<sup>52</sup>. Dans ses observations finales sur la Tunisie, le Comité des droits des personnes handicapées a recommandé que, dans l'attente de la réforme législative demandée, « tous les cas de personnes handicapées privées de liberté soient réexaminés et que le réexamen inclue une possibilité de recours »<sup>53</sup>.

Ces déclarations insistent vivement sur les garanties contenues dans l'article 14 de la CRPD. Elles semblent aller dans le sens d'une abolition ou, à tout le moins, « de modifications approfondies »<sup>54</sup> de la législation sur la santé mentale qui permet et organise spécifiquement le placement involontaire des personnes souffrant de troubles mentaux<sup>55</sup>. Certains commentateurs et avocats ont fait valoir que l'article 14 de la CRPD signifie que l'internement forcé pour des raisons de santé mentale ou tout autre handicap ne sera autorisé en aucune circonstance<sup>56</sup>.

Pour le Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH), « il y a internement illégal quand la privation de liberté est fondée sur la combinaison entre un handicap mental ou intellectuel et d'autres éléments comme le risque de dommage pour l'intéressé ou pour autrui ou la nécessité de soins et de traitement. Comme les mesures en question sont en partie justifiées par le handicap de l'intéressé, elles sont jugées discriminatoires et incompatibles avec l'interdiction de la privation de liberté en raison du handicap et avec le droit à la liberté, sur la base de l'égalité avec les autres, consacrés par l'article 14 »<sup>57</sup>. Le HCDH suggère l'interprétation suivante :

*« [l'article 14] [...] signifie non pas que les personnes handicapées ne peuvent pas être privées légalement de liberté pour recevoir des soins et un traitement ou bien à titre préventif, mais que le fondement juridique de la restriction de liberté doit être dissocié du handicap et défini de manière neutre afin de s'appliquer à toutes les personnes de manière égale »<sup>58</sup>.*

Jusqu'à présent, le Comité des droits des personnes handicapées n'a pas fait référence à une situation neutre en termes de handicap, par exemple liée au maintien de l'ordre public. Il n'existe donc aucune interprétation faisant autorité. Afin de circonscrire avec certitude la portée des garanties de l'article 14, il sera essentiel de déterminer comment le Comité des droits des personnes handicapées traite les communications individuelles, sur la base du protocole facultatif à la CRPD, qui traitent de ce cas spécifique. Il sera également crucial de voir comment les mécanismes nationaux de suivi fondés sur l'article 33 de la CRPD s'appliqueront aux plaintes au titre de l'article 14.

En l'absence d'interprétation qui fasse autorité sur l'article 14 de la CRPD par le Comité des droits des

47 Voir les réponses de plusieurs États au Comité des droits des personnes handicapées : Belgique, ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2010c) ; Allemagne, ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011e) ; Royaume-Uni, ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011g).

48 ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2009).

49 ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011a), point 24.

50 ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011b), point 35.

51 *Ibid.*, point 35.

52 *Ibid.*, point 36.

53 ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011a), point 25.

54 Syse, A. (2011), p. 146.

55 Minkowitz, T. (2010), p. 167 ; voir aussi : Kallert, T.W. (2011), p. 137.

56 Minkowitz, T. (2010), p. 167.

57 ONU, Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH), (2009), point 48 ; voir aussi : Schulze, M. (2010), p. 96.

58 ONU, HCDH (2009), point 49.

personnes handicapées, les États parties sont appelés, conformément à leurs obligations internationales et aux observations finales relatives à l'Espagne, à revoir en profondeur leur cadre juridique et à abroger toute disposition autorisant un placement involontaire lié à un handicap apparent ou diagnostiqué<sup>59</sup>. Ceci constitue un défi majeur<sup>60</sup>, dans la mesure où il requiert une évolution juridique considérable au niveau régional. À ce jour, il semble que les États membres du Conseil de l'Europe soient d'avis que les normes actuelles du Conseil de l'Europe sont conformes à la CRPD. La section suivante présente les normes du Conseil de l'Europe.

### 1.1.2. Droit à la liberté : les normes du Conseil de l'Europe

#### CEDH

##### Article 5 – Droit à la liberté et à la sûreté

1. Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales : [...]

(e) s'il s'agit de la détention régulière [...] d'un aliéné [...];

La Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) autorise expressément la privation de liberté pour des motifs d'« aliénation » (un vocable reflétant la terminologie des années 1950, époque où la convention a été adoptée). La Cour européenne des droits de l'homme a établi une jurisprudence abondante concernant sur la détention de personnes souffrant de troubles mentaux, mais a eu à connaître d'un nombre plus réduit d'affaires relatives à des personnes handicapées intellectuelles<sup>61</sup>. Ces affaires ont montré comment la CouEDH interprète la notion d'« aliénation »<sup>62</sup> et a défini la privation de liberté en prenant en compte un « ensemble de critères comme le genre, la durée, les effets et les modalités d'exécution de la mesure considérée »<sup>63</sup>. Plusieurs affaires<sup>64</sup> ont porté sur la question de savoir si le requérant était détenu au sens de l'article 5. D'autres ont montré qu'une personne peut être détenue si elle souffre d'un problème de santé mentale qui justifie un

internement forcé. Cet internement peut être nécessaire lorsqu'une personne a besoin d'un traitement ou lorsqu'il « s'avère nécessaire de la surveiller pour l'empêcher, par exemple, de se faire du mal ou de faire du mal à autrui »<sup>65</sup>. La Cour a examiné la nécessité d'informer le patient des motifs de la détention (visés à l'article 5, paragraphe 2, de la CEDH)<sup>66</sup> et de la nécessité de faire réexaminer régulièrement par un organe similaire à un tribunal la nécessité de la détention (exigée par l'article 5, paragraphe 4, de la CEDH)<sup>67</sup>. Les affaires pertinentes sont, notamment, celles qui portent sur la qualité du jugement du tribunal<sup>68</sup>, sur la nécessité pour le patient d'avoir un conseil<sup>69</sup> et sur la nécessité d'une aide juridique efficace<sup>70</sup>. L'article 5, paragraphe 5, de la CEDH garantit également le droit à réparation en cas de violation des garanties du droit à la liberté.

« Toute restriction des droits de l'individu doit être adaptée à ses besoins, réellement justifiée et établie à l'issue de procédures fondées sur les droits et assorties de garanties effectives. »

Thomas Hammarberg, Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, Point de vue, 21 septembre 2009

Cette jurisprudence a été appliquée dans l'arrêt de la Grande Chambre du 17 janvier 2012 dans l'affaire *Stanev c. Bulgarie*<sup>71</sup>. Il n'est pas possible ici d'évoquer la totalité de la jurisprudence établie par la CouEDH, mais il suffit de résumer cet arrêt marquant, étant donné que non seulement il porte explicitement sur l'article 14 de la CRPD, qui concerne la liberté et la privation de liberté dans le cadre d'un handicap, mais qu'il réitère et développe également la jurisprudence de la Cour en tenant compte de l'évolution du droit relatif aux droits de l'homme. Les sections suivantes décrivent la manière dont la CouEDH aborde ce domaine du droit.

L'affaire concerne le placement involontaire d'un homme contraint de vivre pendant des années dans un foyer social pour personnes atteintes de troubles mentaux. Les faits peuvent se résumer comme suit. Rusi Stanev a été placé sous curatelle et sa curatrice l'a placé dans un foyer social pour hommes atteints de troubles mentaux. Il n'a quitté le foyer qu'avec l'autorisation du directeur et a tenté de recouvrer sa capacité juridique. Toutefois, le ministère public, en se fondant sur un diagnostic médical de schizophrénie, a refusé d'engager une action, en concluant que M. Stanev n'était pas en mesure de se

59 ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011b), point 36 ; voir aussi : Syse, A. (2011), p. 146.

60 Trömel, S. (2009), p. 129.

61 Bartlett, P., Lewis, O. et Thorold, O. (2007).

62 Voir, par exemple : CouEDH, *Winterwerp c. Pays-Bas*, n° 6301/73, 24 octobre 1979 ; et CouEDH, *Rakevich c. Russie*, n° 58973/00, 28 octobre 2003.

63 CouEDH, *Ashingdane c. Royaume-Uni*, n° 8225/78, 28 mai 1985, point 41.

64 Voir, par exemple : CouEDH, *H.M. c. Suisse*, n° 39187/98, 26 février 2002 ; CouEDH, *Storck c. Allemagne*, n° 61603/00, 16 juin 2005 ; et CouEDH, *H.L. c. Royaume-Uni*, n° 45508/99, 5 octobre 2004, ou CouEDH, *D.D. c. Lituanie*, n° 13469/06, 14 février 2012, point 146.

65 CouEDH, *Hutchison Reid c. Royaume-Uni*, n° 50272/99, 20 février 2003, point 52.

66 Voir, par exemple : CouEDH, *Van der Leer c. Pays-Bas*, 21 février 1990, points 27 à 31.

67 Voir, par exemple : CouEDH, *D.D. c. Lituanie*, n° 13469/06, 14 février 2012, point 165.

68 CouEDH, *Gajcsi c. Hongrie*, n° 34503/03, 3 octobre 2006.

69 CouEDH, *Megyeri c. Allemagne*, n° 13770/88, 12 mai 1992.

70 CouEDH, *Magalhaes Pereira c. Portugal*, n° 44872/98, 26 février 2002.

71 CouEDH, GC, *Stanev c. Bulgarie*, n° 36760/06, 17 janvier 2012.

prendre en charge et que l'institution était l'endroit qui lui convenait le mieux. M. Stanev a ensuite tenté de faire invalider sa mise sous curatelle, mais sa requête a également été rejetée au motif que la demande devait être introduite par la curatrice. À plusieurs reprises, il a demandé verbalement à sa curatrice de demander la levée de la curatelle, mais toutes ses demandes ont été refusées. Un rapport psychiatrique privé a conclu que le diagnostic de schizophrénie de M. Stanev était erroné. Il a également conclu que sa santé mentale s'était améliorée et ne risquait pas de se détériorer et que le directeur du foyer le jugeait capable de se réinsérer dans la société. En effet, son séjour dans le foyer, où il risquait d'être placé, était préjudiciable à sa santé. Devant la CouEDH, M. Stanev s'est plaint d'avoir été illégalement et arbitrairement privé de sa liberté du fait de son placement dans une institution contre sa volonté (article 5, paragraphe 1, de la CEDH) et qu'il était impossible en droit bulgare de faire contrôler la légalité de sa privation de liberté ou de demander réparation devant un tribunal (article 5, points 4 et 5, de la CEDH).

Le rapport va maintenant examiner successivement les différentes parties de la plainte de M. Stanev qui concernent l'article 5, paragraphe 1, et l'article 5, paragraphe 4.

### Cas dans lesquels la privation de liberté peut être autorisée

La protection contre la privation arbitraire de liberté conférée par l'article 5 de la CEDH s'applique lorsqu'une personne est privée de sa liberté. L'application de l'article 5 est déclenchée non pas par le fait qu'une personne fait l'objet d'une mesure de contention ou de détention, mais par le fait qu'elle est placée contre sa volonté dans une institution et qu'elle ne peut la quitter sans autorisation. Dans l'affaire *Stanev*, la CouEDH a conclu que M. Stanev « se trouvait sous un contrôle constant et n'était pas libre de quitter le foyer sans autorisation à tout moment s'il le souhaitait »<sup>72</sup>. La durée de son placement, qui « n'a pas été fixée et est donc indéterminée » a été suffisamment longue pour que le requérant ressente « les effets négatifs des restrictions auxquelles il était soumis »<sup>73</sup>. En d'autres termes, la CouEDH a conclu que le requérant avait été privé de sa liberté. Pour être compatible avec l'article 5, paragraphe 1, de la CEDH, une privation de liberté doit être imposée conformément au droit national. Étant donné que la décision de la curatrice de M. Stanev de le placer dans une institution sans son consentement préalable était nulle en droit bulgare, sa privation de liberté était contraire à l'article 5 de la CEDH.

72 *Ibid.*, point 128.

73 *Ibid.*, point 129.

La Cour a poursuivi son examen de l'affaire afin d'apprécier si la privation de liberté relevait du champ d'application des exceptions à la règle de la liberté de la personne (article 5, paragraphe 1, points a) à f), de la CEDH) et si la privation de liberté pouvait être justifiée par ces exceptions. Bien qu'en principe, l'article 5, paragraphe 1, point e), de la CEDH autorise la détention d'« aliénés »<sup>74</sup>, une privation de liberté fondée sur ces motifs ne se justifie que dans des cas extrêmes. Soit l'intéressé constitue une menace grave en raison de son comportement violent, soit la détention est nécessaire pour des raisons thérapeutiques.

Aux fins d'apprécier correctement la situation, la jurisprudence de la CouEDH exige une évaluation médicale qualifiée fondée sur l'état mental actuel de la personne et non pas uniquement sur des événements passés<sup>75</sup>. L'affaire *Winterwerp* fournit des éclaircissements sur les critères minimaux à respecter pour que la privation de liberté soit conforme à l'article 5, paragraphe 1, point e), la Cour ayant déclaré que : « La nature même de ce qu'il faut démontrer devant l'autorité nationale compétente – un trouble mental réel – appelle une expertise médicale objective. En outre, le trouble doit revêtir un caractère ou une ampleur légitimant l'internement. Qui plus est, ce dernier ne peut se prolonger valablement sans la persistance de pareil trouble »<sup>76</sup>.

La CouEDH était prête à appliquer l'article 5, paragraphe 1, point e), à l'affaire *Stanev*, car la décision de placement a été déclenchée par l'état mental du requérant, la déclaration d'incapacité partielle et le placement dans le cadre d'une curatelle. La Cour a estimé qu'une décision de placement prise sur la base d'un dossier médical vieux de deux ans ne répondait pas aux exigences de la convention<sup>77</sup>. De même, elle a jugé que le placement n'était pas conforme à cette disposition, parce qu'il doit reposer sur la démonstration que le comportement de l'intéressé représente un danger pour lui-même ou pour autrui. Enfin, la Cour a souligné que les autorités n'avaient pas procédé à l'évaluation régulière de la santé de M. Stanev, qui était nécessaire pour garantir la persistance de la nécessité d'un internement<sup>78</sup>. Elle a donc conclu à une violation de l'article 5, paragraphe 1, de la CEDH.

74 Pour plus d'informations sur le sens que donne la CouEDH au terme « aliéné », voir : CouEDH, *Winterwerp c. Pays-Bas*, n° 6301/73, 24 octobre 1979, point 37.

75 CouEDH, *Varbanov c. Bulgarie*, n° 31365/96, 5 octobre 2000.

76 CouEDH, *Winterwerp c. Pays-Bas*, n° 6301/73, 24 octobre 1979, point 39.

77 Comparer avec : CouEDH, *D.D. c. Lituanie*, 14 février 2012, n° 13469/06, point 157. Dans cette affaire, la requérante avait été admise et examinée dans un hôpital psychiatrique quelques semaines avant son placement. Un comité médical de cet hôpital avait conclu qu'elle souffrait à l'époque de « schizophrénie paranoïde continue ».

78 CouEDH, GC, *Stanev c. Bulgarie*, n° 36760/06, 17 janvier 2012, point 158.

La Cour est allée plus loin que dans ses arrêts antérieurs dans l'exposé de garanties supplémentaires contre la privation de liberté. Tout en reconnaissant que, dans certaines circonstances, le bien-être d'une personne doit être pris en compte, la Cour a souligné que : « le besoin objectif d'un logement et d'une assistance sociale ne doit pas conduire automatiquement à l'imposition de mesures privatives de liberté ». Elle a également déclaré que « toute mesure de protection devrait refléter autant que possible les souhaits des personnes capables d'exprimer leur volonté. Le manquement à solliciter l'avis de l'intéressé peut donner lieu à des situations d'abus et entraver l'exercice des droits des personnes vulnérables ; dès lors, toute mesure prise sans consultation préalable de la personne concernée exige en principe un examen rigoureux »<sup>79</sup>.

## Contrôle de la légalité de la détention

### CEDH

#### Article 5 – Droit à la liberté et à la sûreté

4. Toute personne privée de sa liberté par arrestation ou détention a le droit d'introduire un recours devant un tribunal, afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale.

La CouEDH a également interprété l'une des garanties essentielles du droit à la liberté et à la sûreté, à savoir que la légalité de la privation de liberté doit pouvoir être contrôlée par un tribunal. La jurisprudence de la CouEDH s'est étendue sur les conséquences pratiques de ce droit. Dans un grand nombre d'affaires, la Cour a en effet souligné la nécessité d'une appréciation rapide de la légalité de la détention dans les cas où des personnes sont internées dans des établissements psychiatriques, comme l'autorise en principe l'article 5, paragraphe 1, point e)<sup>80</sup>. Cette garantie se retrouve dans les normes

du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), qui dit qu'« une personne placée involontairement dans un établissement psychiatrique par une autorité non judiciaire doit avoir le droit d'intenter un recours devant un tribunal afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention »<sup>81</sup>.

Dans l'affaire *Gorshkov*, la CouEDH a insisté sur le fait qu'« une garantie essentielle au titre de l'article 5, paragraphe 4, est le fait qu'un patient involontairement interné pour un traitement psychiatrique doit avoir le droit de demander un contrôle judiciaire de sa propre initiative » et que cette disposition nécessite donc « en premier lieu, un mécanisme juridique indépendant par lequel l'interné peut comparaître devant un juge qui statuera sur la légalité de la poursuite de l'internement. L'accès de l'interné à la justice ne devrait pas dépendre de la bonne volonté de l'autorité d'internement, activée à la discrétion du corps médical ou de l'administration hospitalière »<sup>82</sup> ; en effet, même un mécanisme prévoyant la comparution automatique devant un juge d'un patient atteint de troubles mentaux n'est pas une alternative adéquate au droit à un contrôle judiciaire à l'instigation de la personne concernée.

Dans l'affaire *Stanev c. Bulgarie*, la Cour a observé que le droit national ne prévoyait aucun recours pour contester la légalité du placement de M. Stanev. Aucun tribunal n'est intervenu à aucun moment et sous aucune forme dans le placement et la législation nationale ne prévoyait pas de contrôle judiciaire périodique et automatique du placement d'une personne dans un foyer pour personnes souffrant de troubles mentaux. Par ailleurs, l'invalidité du placement aurait pu être invoquée uniquement à l'initiative de la curatrice. La Cour a donc conclu à une violation de l'article 5, paragraphe 4, de la CEDH<sup>83</sup>.

Outre la jurisprudence de la CouEDH, le Conseil de l'Europe a adopté d'autres instruments importants qui vont être discutés ci-après.

<sup>79</sup> *Ibid.*, point 153.

<sup>80</sup> Voir, pour d'autres exemples : CouEDH, *Luberti c. Italie*, n° 9019/80, 23 février 1984 ; CouEDH, *Musial c. Pologne*, n° 24557/94, 25 mars 1999 ; CouEDH, *L.R. c. France*, n° 33395/96, 27 juin 2002 ; CouEDH, *Pereira c. Portugal*, n° 44872/98, 26 février 2002 ; CouEDH, *Kolanis c. Royaume-Uni*, n° 517/02, 21 juin 2005, point 82 ; et *Pereira c. Portugal (n° 2)*, n° 15996/02, 20 décembre 2005.

<sup>81</sup> Conseil de l'Europe, Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) (2010), point 53.

<sup>82</sup> CouEDH, *Gorshkov c. Ukraine*, n° 67531/01, 8 novembre 2005, points 44 et 45.

<sup>83</sup> Voir : CouEDH, GC, *Stanev c. Bulgarie*, n° 36760/06, 17 janvier 2012, points 172 et suivants ; CouEDH, *D.D. c. Lituanie*, n° 13469/06, 14 février 2012, points 165 et 166.

## Garanties communes

La Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine, aussi nommée « Convention d'Oviedo »<sup>84</sup> fait référence à la possibilité d'un placement involontaire en son article 7 relatif à la protection des personnes souffrant d'un trouble mental. Les garanties détaillées sont néanmoins à chercher dans la recommandation de 2004 du Conseil de l'Europe.

La recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres suit l'interprétation de l'article 5 de la CEDH et confirme l'approche de la CouEDH. Elle rassemble les garanties établies par la Cour, qui ont été discutées à la Section 1.1.2, et fixe les critères minimaux à satisfaire avant qu'une décision de placement involontaire ou de traitement involontaire puisse être prise. Ce faisant, elle encourage une action et des garanties communes au sein des États membres du Conseil de l'Europe.

L'article 17, paragraphe 1, de la Rec(2004)10 impose cinq conditions au placement involontaire d'une personne.

### **Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe**

#### **Article 17 – Critères pour le placement involontaire**

1. Sous réserve que les conditions suivantes sont réunies, une personne peut faire l'objet d'un placement involontaire si :
  - i. la personne est atteinte d'un trouble mental ;
  - ii. l'état de la personne présente un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui ;
  - iii. le placement a notamment un but thérapeutique ;
  - iv. aucun autre moyen moins restrictif de fournir des soins appropriés n'est disponible ;
  - v. l'avis de la personne concernée a été pris en considération. [...]

Ces critères cumulatifs devraient être appliqués dans les procédures normales de placement volontaire. Conformément à l'article 17, paragraphe 2, de la recommandation, une personne peut exceptionnellement faire l'objet d'un placement involontaire pour déterminer si elle est atteinte d'un trouble mental. Cette situation

couvre les cas d'urgence mais, étant donné que les critères sont moins stricts que ceux applicables à une situation normale, le placement doit être limité à une durée minimale.

L'article 24 de la recommandation contient également une clause générale de garantie. En effet, si l'un des critères n'est plus rempli, il doit être mis fin au placement involontaire. Le médecin responsable de la personne doit vérifier si l'un des critères pertinents n'est plus rempli, à moins qu'un tribunal ne se soit réservé la responsabilité de l'examen des risques de dommage grave.

En outre, la recommandation introduit le principe de la restriction minimale<sup>85</sup>. S'appuyant sur le vieux principe de droit de la proportionnalité, l'article 8 dispose que « [l]es personnes atteintes de troubles mentaux devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement disponible le moins restrictif possible et de bénéficier du traitement disponible le moins restrictif possible ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui ». L'article 10, point ii) le répète en appelant les États membres à « mettre à disposition aussi largement que possible des alternatives au placement et au traitement involontaires ».

Dès que les critères de base permettant le placement involontaire sont réunis, la question clé porte sur les procédures qui entourent la décision de placement. Ces garanties procédurales ont trait à la question de savoir qui peut prendre la décision de placer une personne contre sa volonté et quelle doit être sa qualification.

<sup>84</sup> Conseil de l'Europe (1997). 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) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 1999. Seize États membres de l'UE l'ont ratifiée. L'UE ne l'a pas ratifiée, mais l'article 33, paragraphe 1, de la convention prévoit la possibilité que l'UE y adhère.

<sup>85</sup> Confirmé par la CouEDH depuis 2012 ; voir : CouEDH, Grande Chambre, *Stanev c. Bulgarie*, n° 36760/06, 17 janvier 2012, points 157 et 158.



## Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe

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

#### Décision

1. La décision de soumettre une personne à un placement involontaire devrait être prise par un tribunal ou une autre instance compétente. Le tribunal ou l'autre instance compétente devrait :
  - i. prendre en considération l'avis de la personne concernée ;
  - ii. prendre sa décision selon les procédures prévues par la loi, sur la base du principe suivant lequel la personne devrait être vue et consultée. [...]
3. Toute décision de soumettre une personne à un placement ou à un traitement involontaires devrait être consignée par écrit et indiquer la période maximale au-delà de laquelle, conformément à la loi, elle doit être officiellement réexaminée. [...]

#### Procédures préalables à la décision

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

L'article 25 de la recommandation examine le droit au réexamen d'une privation de liberté. Il impose aux États membres du Conseil de l'Europe de s'assurer que les personnes qui font l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires peuvent exercer un recours contre une décision, obtenir d'un tribunal le réexamen, à intervalles raisonnables, de la légalité de la mesure ou de son maintien, que la demande de réexamen soit introduite par la personne concernée, son avocat ou son représentant, et être entendues en personne ou par l'intermédiaire d'une personne de confiance ou d'un représentant lors des procédures de réexamen ou

d'appel. En outre, le tribunal doit rendre sa décision à bref délai et il doit être possible de faire appel de la décision du tribunal.

En juin 2011, le Comité directeur pour la bioéthique (CDBI) du Conseil de l'Europe est convenu d'entamer des travaux sur un protocole additionnel à la Convention d'Oviedo. Le protocole sera axé sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes souffrant de troubles mentaux, notamment en ce qui concerne le traitement et le placement involontaires. Les travaux préparatoires sont prévus pour 2013<sup>86</sup>.

En somme, selon les normes établies par le Conseil de l'Europe, pour que la privation de liberté d'une personne souffrant de troubles mentaux soit autorisée, les conditions suivantes doivent être remplies :

- la décision de placement doit être prise par une autorité légalement investie de la compétence de placer une personne dans un hôpital psychiatrique ou un autre établissement et la décision doit être fondée sur un état de trouble mental établi de manière irréfutable, sauf cas d'urgence. Il ne suffit pas que l'autorité reçoive une demande de placement d'une personne souffrant de troubles mentaux ; en effet, elle doit déterminer s'il existe des motifs impérieux liés à la santé de la personne concernée ou aux droits ou intérêts d'autres personnes qui justifient le placement ;
- la procédure aboutissant à la décision de placement doit garantir que la personne concernée puisse être entendue, si nécessaire par l'intermédiaire d'un représentant ;
- le placement ne doit pas être prolongé au-delà de ce qui est justifié par la santé mentale de la personne faisant l'objet de la mesure de placement ;
- le régime de détention doit correspondre à sa finalité thérapeutique. Enfin, un contrôle judiciaire doit être disponible à tout moment afin d'évaluer la persistance de la légalité de la détention.

En conclusion, la question de la compatibilité des droits de la CRPD avec les critères susvisés a fait l'objet d'un débat au sein du CDBI. En novembre 2011, le CDBI a adopté une déclaration concluant à la compatibilité.

<sup>86</sup> Conseil de l'Europe, Comité des Ministres (2011). Le Comité directeur des droits de l'homme (CDDH) et le Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) ont soutenu l'idée d'un protocole additionnel à la Convention d'Oviedo.

**Déclaration sur la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées adoptée par le Comité directeur pour la bioéthique (CDBI) lors de sa 41<sup>e</sup> réunion (2-4 novembre 2011)<sup>87</sup>**

1. Le CDBI a examiné la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Il a analysé en particulier la compatibilité de ses articles 14, 15 et 17 avec la possibilité, prévue dans d'autres textes nationaux et internationaux, de soumettre, sous certaines conditions, une personne souffrant d'un trouble mental grave à un placement ou un traitement non volontaires. [...]
2. À l'issue de cette discussion, le Comité a conclu que l'existence d'un handicap ne peut justifier en elle-même une privation de liberté ni une intervention sans consentement. Le traitement ou le placement non volontaires ne se justifient que si, s'agissant d'un trouble mental grave, l'absence de traitement ou de placement risque d'être gravement préjudiciable à la santé de la personne concernée ou pour autrui.

Au surplus, ces mesures ne peuvent être prises que sous réserve des conditions de protection prévues par la loi comprenant des procédures de surveillance et de contrôle ainsi que des voies de recours.

En l'absence d'une interprétation exhaustive et faisant autorité du Comité des droits des personnes handicapées concernant le sens des garanties textuelles de la CRPD sur le droit à la liberté, il n'est pas possible de fournir une interprétation définitive de la portée de la protection conférée par la CRPD. S'il est vrai que certaines voix s'élèvent en faveur d'une révision des normes plus anciennes sur la base des garanties offertes par la CRPD, au niveau du Conseil de l'Europe, les États membres ont récemment confirmé que les normes du Conseil de l'Europe sont pleinement compatibles avec les dispositions de la CRPD. Le présent rapport n'a pas pour but de statuer sur une telle question. Il suffit ici de reconnaître la possibilité qu'assurer la compatibilité pourrait poser problème.

## 1.2. Traitement involontaire

Le traitement involontaire a un lien direct avec le placement involontaire. L'article 17 de la Rec(2004)10, par exemple, établit un lien entre le placement involontaire et son « but thérapeutique ». Ce dernier est l'une des conditions préalables qui doit être remplie légalement pour justifier le traitement. Dans son interprétation de l'article 5 de la CEDH, la Cour européenne des droits de l'homme admet que l'internement peut avoir lieu même lorsqu'aucun traitement médical n'est nécessaire<sup>88</sup>. L'élément clé, qui détermine le caractère « involontaire » du traitement a trait au consentement de la personne à recevoir un traitement spécifique.

La notion de consentement libre et éclairé est également au cœur des développements juridiques intervenus au niveau des Nations Unies (ONU) et constitue un critère important sur le plan européen. L'obligation du consentement à un traitement médical a été introduite par l'article 3 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, consacré au droit à l'intégrité de la personne<sup>89</sup>.

Les garanties procédurales applicables tant au placement involontaire qu'au traitement involontaire ne seront pas repris dans la discussion ci-dessous. En revanche, la section portera sur les principaux droits fondamentaux concernés, à savoir l'interdiction de la torture, la protection de la dignité et le droit au respect de la vie privée. Plusieurs éléments importants en rapport avec le droit au respect de la vie privée, comme l'accès et la confidentialité des données médicales, ne seront pas abordés ici. En revanche, cette section se penchera sur les aspects essentiels du traitement involontaire, en commençant par l'énoncé des normes des Nations Unies avant de passer à celles du Conseil de l'Europe.

<sup>88</sup> Voir, par exemple : CouEDH, *Hutchison Reid c. Royaume-Uni*, n° 50272/99, 20 février 2003, point 52.

<sup>89</sup> L'article 3, paragraphe 2, de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne dispose que « Dans le cadre de la médecine et de la biologie, doivent notamment être respectés : le consentement libre et éclairé de la personne concernée, selon les modalités définies par la loi ». Les explications de la Charte, fournies par le Présidium de la Convention qui l'a rédigée, font référence au fait que ces principes font déjà partie de la Convention d'Oviedo et que « la Charte ne s'écarte pas de ces principes ». Voir : Union européenne, Présidium de la Convention (2007).

<sup>87</sup> Conseil de l'Europe, Comité des Ministres (2012).



### 1.2.1. Normes des Nations Unies

Cette section analyse l'évolution des normes relatives aux droits de l'homme se rapportant aux décisions de traitement médical. Pour bien comprendre l'évolution juridique que représente la CRPD, un bref rappel des instruments précédents s'impose.

L'article 7 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (ICCPR) interdit la torture. La seconde phrase de cette disposition énonce qu'« il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique ». Cet article est pertinent dans la mesure où il introduit la notion de consentement. Sa portée est toutefois limitée à l'expérimentation et l'interdiction d'une expérience médicale est plus étroite que l'interdiction d'un traitement médical<sup>90</sup>. La formulation de l'article 7 de l'ICCPR a été directement reprise à l'article 15 de la CRPD.

#### CRPD

##### Article 15 – Droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

1. Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique. [...]

En outre, le Comité des droits des personnes handicapées demande aux États parties de faire connaître les « mesures prises pour protéger efficacement les personnes handicapées contre toute expérience médicale ou scientifique sans leur consentement libre et éclairé, y compris les personnes handicapées ayant besoin d'aide dans l'exercice de leur capacité juridique »<sup>91</sup>. Durant les négociations sur la CRPD, une référence aux interventions médicales forcées ou à l'internement forcé a été supprimée du projet d'article 15, parce que certains États considéraient que la législation nationale les autorisait<sup>92</sup>. Les négociateurs ont rejeté une

disposition plus détaillée en raison du risque potentiel de porter atteinte à la définition de la torture, telle qu'elle est consacrée par la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants<sup>93</sup>. L'article 15 doit donc être lu conjointement avec les articles 17 et 25 de la CRPD.

#### CRPD

##### Article 17 – Protection de l'intégrité de la personne

Toute personne handicapée a droit au respect de son intégrité physique et mentale sur la base de l'égalité avec les autres.

Selon ses auteurs, l'un des objectifs poursuivis par l'article 17 de la CRPD était d'aborder le problème du traitement involontaire. Le projet d'article 17 visait à interdire de tels traitements<sup>94</sup>. Les négociateurs se sont finalement mis d'accord sur une formule courte qui « n'autorise pas expressément le traitement involontaire, ni ne l'interdit »<sup>95</sup>. Le Comité des droits des personnes handicapées demande pourtant aux États parties de faire rapport sur « les mesures prises pour protéger les personnes handicapées contre tout traitement médical (ou autre) dispensé sans le consentement libre et éclairé de la personne »<sup>96</sup>. Dans ses observations finales sur la Tunisie, le Comité des droits des personnes handicapées s'inquiétait du « manque de clarté concernant le champ d'application de la législation destinée à protéger les personnes handicapées d'un traitement dispensé sans leur consentement libre et éclairé, y compris un traitement forcé dans des services psychiatriques ». Il a également recommandé que la Tunisie « introduise dans la nouvelle loi l'abolition d'une chirurgie et d'un traitement sans le consentement libre et éclairé du patient »<sup>97</sup>.

Cette approche pose toutefois un sérieux problème à certains États parties. L'Australie a ainsi fait la déclaration officielle suivante en ratifiant la convention :

90 Joseph, S., Schultz, J. et Castan, M. (2004), p. 254 ; voir aussi : Rapporteur spécial de l'ONU sur la torture (2008), point 58.

91 ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2009).

92 Trömel, S. (2009), p. 130.

93 Schulze, M. (2010), p. 99.

94 Voir : Trömel, S. (2009), p. 131 ; Schulze, M. (2010), p. 109 ; Bartlett, P. (2012a).

95 Kämpf, A. (2010), p. 130.

96 ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2009).

97 ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011a), points 28 et 29.

« L'Australie reconnaît que toute personne handicapée a droit au respect de son intégrité physique et mentale au même titre que les autres. L'Australie entend en outre que la Convention autorise l'assistance ou le traitement obligatoire, y compris les mesures prises pour traiter un handicap mental lorsqu'un tel traitement est nécessaire, en dernier recours et sur réserve de garanties »<sup>98</sup>.

L'article 17 de la CRPD est également étroitement lié à l'article 25 de cette convention en ce qui concerne le consentement au traitement.

## CRPD

### Article 25 – Santé

Les États Parties reconnaissent que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. Ils prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé qui prennent en compte les sexospécificités, y compris des services de réadaptation. En particulier, les États Parties : [...]

(d) exigent des professionnels de la santé qu'ils dispensent aux personnes handicapées des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres, notamment qu'ils obtiennent le consentement libre et éclairé des personnes handicapées concernées ; à cette fin, les États Parties mènent des activités de formation et promulguent des règles déontologiques pour les secteurs public et privé de la santé ; [...].

L'article 25, point d), de la CRPD réunit les notions capitales de droits de l'homme, de dignité et d'autonomie et les met en rapport avec la notion de consentement libre et éclairé.

Le consentement à un traitement a été évoqué dans d'autres enceintes des Nations Unies. Dans son Observation générale sur l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (ICESCR), le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a affirmé que les États doivent s'abstenir « d'imposer des soins médicaux de caractère coercitif, sauf à titre exceptionnel pour le traitement de maladies mentales [...]. De tels cas exceptionnels devraient être assujettis à des conditions précises et restrictives, dans le respect des meilleures pratiques établies et des normes internationales applicables, y compris les Principes pour la protection des personnes

atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale »<sup>99</sup>.

Les principes relatifs à la santé mentale fournissent des orientations sur le sens à donner à la notion de consentement. En particulier, le principe 11, paragraphe 2, précise que :

« Par consentement en connaissance de cause, on entend le consentement librement donné, en l'absence de toute menace ou manœuvre, et après des explications suffisantes et compréhensibles données au patient, sous une forme ou dans un langage qui lui sont accessibles, sur : a) le processus de diagnostic ; b) le but, les méthodes, la durée probable et les bénéfices escomptés du traitement proposé ; c) les autres modes de traitement possibles, y compris les modes de traitement portant moins atteinte à l'intégrité du patient ; d) les douleurs et désagréments pouvant résulter du traitement, ses risques éventuels et ses effets secondaires ».

Comme indiqué plus haut, les principes relatifs à la santé mentale sont néanmoins la cible de critiques. Selon le Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture, la CRPD invalide certaines normes antérieures (notamment les principes relatifs à la santé mentale), qui autorisent le traitement involontaire dans certaines circonstances<sup>100</sup>.

Le Rapporteur spécial sur la torture a porté son attention sur diverses formes d'intervention médicale. En ce qui concerne la thérapie électroconvulsive (TEC), le Rapporteur spécial fait référence aux normes du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) (voir la Section 1.2.2 sur les normes du CPT) et conclut que « la sismothérapie non modifiée peut infliger des douleurs et des souffrances aiguës et a souvent des effets secondaires : fractures osseuses, ligamenteuses ou rachidiennes, déficits intellectuels et éventuellement pertes de mémoire. La sismothérapie ne peut être considérée comme une pratique médicale acceptable et peut constituer un acte de torture ou un mauvais traitement. Dans sa forme modifiée [c'est-à-dire sans anesthésie, administration d'un myorelaxant et ou oxygénation], il est absolument essentiel qu'elle soit administrée uniquement avec le consentement libre et éclairé de l'intéressé, qui aura été informé des effets secondaires et des risques, tels que complications cardiaques, confusion, perte de mémoire voire décès »<sup>101</sup>. Le Comité des Nations Unies contre la torture (CAT) a

98 Voir : ONU Enable, Déclarations et réserves, disponible sur : [http://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IV-15&chapter=4&lang=fr#EndDec](http://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&lang=fr#EndDec).

99 ONU, Comité des droits économiques, sociaux et culturels (2000), point 34.

100 ONU, Rapporteur spécial sur la torture (2008), point 44. Une observation similaire a été formulée dans le rapport du Rapporteur spécial de l'ONU sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Voir Rapporteur de l'ONU sur la santé (2005), point 24.

101 ONU, Rapporteur spécial sur la torture (2008), point 61.

souscrit à cet avis. Dans ses observations finales de 2011 sur la Finlande, ce comité a recommandé que la thérapie électroconvulsive soit dispensée sur la base d'un consentement libre et éclairé<sup>102</sup>.

Le Rapporteur spécial sur la torture formule un certain nombre de remarques pertinentes pour cette discussion. Il fait valoir qu'il convient « d'accorder plus d'attention » à l'abus de la psychiatrie<sup>103</sup>, un point de vue justifié par sa conclusion selon laquelle « [d]ans les établissements comme dans le cadre de traitements ambulatoires forcés, des médicaments psychiatriques, dont des neuroleptiques et d'autres substances psychotropes, peuvent être administrés aux personnes mentalement handicapées sans leur consentement libre et éclairé ou contre leur volonté, sous la contrainte ou comme forme de châtiement »<sup>104</sup>. Par ailleurs, le Rapporteur spécial établit clairement un lien entre les effets secondaires d'une médication et la torture. Il explique que les effets secondaires des psychotropes sont notamment des « tremblements, frissons et contractions » qui « rendent le patient apathique en inhibant son intelligence »<sup>105</sup>. Notant que l'administration de tels médicaments a déjà été reconnue comme une forme de torture<sup>106</sup>, il poursuit en précisant que « l'administration de force et non consensuelle de médicaments psychiatriques, en particulier de neuroleptiques, pour le traitement des troubles mentaux, doit être surveillée de près. Selon les circonstances, la souffrance infligée et les effets qu'elle entraîne sur la santé de la personne peuvent constituer une forme de torture ou de mauvais traitement »<sup>107</sup>.

Cette section montre que l'impact de la CRPD ne saurait être sous-estimé. Tant que le Comité des droits des personnes handicapées n'aura pas développé une interprétation conjointe des articles 15, 17 et 25, appliquée spécifiquement au traitement involontaire, il sera difficile d'évaluer la portée exacte des réformes imposées aux États parties. La section suivante examine les normes élaborées par le Conseil de l'Europe.

## 1.2.2. Normes du Conseil de l'Europe

Au niveau du Conseil de l'Europe, le traitement involontaire touche deux droits fondamentaux : le droit de ne pas être soumis à des traitements cruels, inhumains ou dégradants et le droit au respect de la vie privée. Ces deux droits fondamentaux seront examinés l'un après l'autre, avant d'examiner les garanties prévues par la Convention d'Oviedo et les recommandations pertinentes du Conseil de l'Europe.

### CEDH

#### Article 3 – Interdiction de la torture

Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants.

L'article 3 de la CEDH énonce une interdiction de la torture et d'autres formes de mauvais traitements. La jurisprudence fondée sur l'article 3 et relative au traitement involontaire est toutefois relativement restreinte. La principale affaire concernant un traitement associé à la santé mentale est l'affaire *Herczegfalvy c. Autriche* de 1992. Le requérant avait été placé sous curatelle et le curateur avait consenti au traitement auquel le requérant s'opposait. Ce dernier a été contraint d'absorber de la nourriture et des neuroleptiques et a été placé en isolement et menotté à un lit de sûreté. Dans cette affaire charnière, la Cour a énoncé quelques principes qui ont orienté sa jurisprudence ultérieure :

*« Selon la Cour, la situation d'infériorité et d'impuissance qui caractérise les patients internés dans des hôpitaux psychiatriques appelle une vigilance accrue dans le contrôle du respect de la Convention. S'il appartient aux autorités médicales de décider – sur la base des règles reconnues de leur science – des moyens thérapeutiques à employer, au besoin de force, pour préserver la santé physique et mentale des malades entièrement incapables d'autodétermination et dont elles ont donc la responsabilité, ceux-ci n'en demeurent pas moins protégés par l'article 3, dont les exigences ne souffrent aucune dérogation.*

*Certes, les conceptions médicales établies sont en principe décisives en pareil cas : ne saurait, en général, passer pour inhumaine ou dégradante une mesure dictée par une nécessité thérapeutique. Il incombe pourtant à la Cour de s'assurer que celle-ci a été démontrée de manière convaincante »<sup>108</sup>.*

102 ONU, Comité contre la torture (2011), point 11.

103 ONU, Rapporteur spécial sur la torture (2008), point 62.

104 *Ibid.*, point 63.

105 *Ibid.*

106 ONU, Rapporteur spécial sur la torture (1986), point 119.

107 ONU, Rapporteur spécial sur la torture (2008), point 63.

108 CouEDH, *Herczegfalvy c. Autriche*, n° 10533/83, 24 septembre 1992, point 82.

À ce jour, la Cour n'a pas encore conclu à une violation de l'article 3 dans une affaire de traitement pour troubles mentaux<sup>109</sup>. Divers critères devraient être remplis, dont le moindre n'est pas qu'il existe un degré minimal de gravité pour que le mauvais traitement constitue un traitement inhumain ou dégradant. La Cour a considéré qu'un traitement est « dégradant » en ce qu'il est de nature à éveiller chez ses victimes des sentiments de peur, d'angoisse et d'infériorité propres à les humilier et à les avilir. La Cour a jugé qu'un traitement est « inhumain » lorsqu'il a été appliqué avec préméditation, pendant des heures et qu'il a causé soit des lésions corporelles, soit de vives souffrances physiques ou mentales. En outre, « la Cour a toujours souligné que la souffrance et l'humiliation infligées doivent en tout cas aller au-delà de celles que comporte inévitablement une forme donnée de traitement ou de peine légitimes »<sup>110</sup>. Il reste encore à préciser quels seraient ces éléments inévitables dans le cadre d'un traitement involontaire.

Dans des cas moins extrêmes, l'imposition d'un examen médical forcé sera appréciée au regard de l'article 8 de la CEDH, qui garantit le droit au respect de la vie privée. La Cour a jugé que « le corps d'une personne représente l'aspect le plus intime de la vie privée. Ainsi, une intervention médicale forcée, même mineure, constitue une ingérence dans l'exercice des droits au respect de la vie privée »<sup>111</sup>. Une telle intervention ne constituera une violation de l'article 8 que si les exigences énoncées au paragraphe 2 de cet article de la CEDH ne sont pas remplies. Ces exigences comprennent la nécessité de démontrer que la mesure n'était pas conforme à la législation nationale, n'était pas nécessaire dans une société démocratique et n'était pas nécessaire, notamment, à la protection de la santé ou à la protection des droits et libertés d'autrui. Conformément à cette disposition, un traitement médical forcé ne pourra être autorisé que s'il est nécessaire à la réalisation d'un but légitime, généralement la protection des droits d'autrui ou de l'intéressé et de sa santé<sup>112</sup>. Dans l'affaire *Matter c. Slovaquie*, l'examen médical forcé du requérant dans un hôpital psychiatrique a été jugé justifié et non disproportionné<sup>113</sup>. Dans l'affaire *Storck c. Allemagne*, la Cour a conclu à une violation de l'article 8 de la CEDH au motif que le traitement médical forcé a été infligé alors que l'intéressée était détenue arbitrairement et contre sa volonté<sup>114</sup>. De même, dans l'affaire *Shopov c. Bulgarie*,

la CouEDH a conclu à une violation de l'article 8 au motif que le traitement médical forcé imposé à M. Shopov n'avait pas fait l'objet d'un contrôle régulier par un tribunal, en violation des dispositions du droit national<sup>115</sup>. Dans l'affaire *Fyodorov et Fyodorova c. Ukraine*, la Cour a conclu à une violation de l'article 8 parce que le premier requérant a été soumis contre sa volonté à un examen psychiatrique illégal et qu'un trouble délirant chronique lui a été diagnostiqué<sup>116</sup>.

D'autres instruments du Conseil de l'Europe, comme la Convention d'Oviedo, les recommandations du Conseil de l'Europe et les normes du CPT prennent en compte ces développements de la jurisprudence de la CouEDH.

La Convention d'Oviedo de 1997 énonce clairement le principe de consentement libre et éclairé pour tout traitement médical<sup>117</sup>.

### Convention du Conseil de l'Europe sur les Droits de l'Homme et la biomédecine (Convention d'Oviedo)

#### Article 5 – Règle générale

Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé.

Cette personne reçoit également une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques.

La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement.

L'article 5 définit « l'autonomie du patient dans sa relation avec les professionnels de santé et conduit à restreindre les approches paternalistes qui ignoreraient la volonté du patient »<sup>118</sup>. L'article 6 de la Convention d'Oviedo a pour but de protéger les personnes n'ayant pas la capacité de consentir. L'article 6, paragraphe 3, précise que « lorsque, selon la loi, un majeur n'a pas, en raison d'un handicap mental, d'une maladie ou pour un motif similaire, la capacité de consentir à une intervention, celle-ci ne peut être effectuée sans

109 Pour une application récente de la jurisprudence constante de la CouEDH, voir : CouEDH, *D.D. c. Lituanie*, n° 13469/06, 14 février 2012, points 174 et 175 ; voir aussi : Bartlett, P. (2012a).

110 CouEDH, *Kudla c. Pologne*, n° 30210/96, 26 octobre 2000, point 92.

111 CouEDH, *Y. F. c. Turquie*, n° 24209/94, 22 juillet 2003, point 33.

112 Voir, par exemple : CouEDH (rejet), *Schneiter c. Suisse*, n° 63062/00, 31 mars 2005.

113 CouEDH, *Matter c. Slovaquie*, n° 31534/96, 5 juillet 1999, points 71 et 72.

114 CouEDH, *Storck c. Allemagne*, n° 61603/00, 16 juin 2005.

115 CouEDH, *Shopov c. Bulgarie*, n° 11373/04, 2 septembre 2010.

116 CouEDH, *Fyodorov et Fyodorova c. Ukraine*, n° 39229/03, 7 juillet 2011.

117 Conseil de l'Europe (1997).

118 Conseil de l'Europe (1996), point 34.

l'autorisation de son représentant, d'une autorité ou d'une personne ou instance désignée par la loi. La personne concernée doit dans la mesure du possible être associée à la procédure d'autorisation ». Afin de garantir la participation sensée de la personne concernée dans la prise de décision, il conviendra « de lui expliquer l'importance et les conditions de l'intervention puis de recueillir son avis »<sup>119</sup>.

Pour l'essentiel, la recommandation Rec(2004)10 réitère ces exigences.

### **Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe**

#### **Article 12 – Principes généraux des traitements pour trouble mental**

2. [...], un traitement ne peut être dispensé à une personne atteinte d'un trouble mental qu'avec son consentement si elle a la capacité de consentir, ou lorsque la personne n'a pas cette capacité avec l'autorisation d'un représentant, d'une autorité, d'une personne ou d'une instance désigné par la loi.

Le rapport explicatif relatif à la recommandation Rec(2004)10 souligne qu'en cas de divergence de vues entre un représentant et le médecin sur un traitement spécifique, la question doit être soumise à un tribunal<sup>120</sup>. De plus, lorsqu'une décision de traitement est prise à un moment où la personne n'est pas juridiquement capable de donner son consentement, dès que la situation juridique change, le consentement de la personne doit être demandé avant de poursuivre le traitement<sup>121</sup>.

### **Convention du Conseil de l'Europe sur les Droits de l'Homme et la biomédecine (Convention d'Oviedo)**

#### **Article 7 – Protection des personnes souffrant d'un trouble mental**

La personne qui souffre d'un trouble mental grave ne peut être soumise, sans son consentement, à une intervention ayant pour objet de traiter ce trouble que lorsque 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.

L'article 7 constitue une exception à la règle générale du consentement consacrée par l'article 5 de la Convention d'Oviedo. Trois conditions doivent être remplies : la personne doit être atteinte d'un trouble mental grave ; le traitement doit soulager le trouble mental et, en l'absence du traitement du trouble mental, il doit exister un risque de préjudice grave à la santé de la personne. Le traitement peut être dispensé sans le consentement de la personne si le cadre juridique national, qui doit être respecté, permet une telle intervention et si l'absence d'intervention risque d'être gravement préjudiciable à la santé de l'individu. Lu conjointement avec son article 26, qui prévoit certaines circonstances dans lesquelles des restrictions peuvent être imposées à l'exercice des droits contenus dans la convention, une intervention pourrait également avoir lieu si le résultat de l'absence d'intervention est préjudiciable à la santé et à la sécurité d'autrui. La référence à la législation nationale formulée à l'article 7 indique que toutes les garanties procédurales doivent être respectées.

À ce stade, il convient de citer une autre recommandation du Conseil de l'Europe. En effet, la recommandation R(99)4 du Comité des Ministres aux États membres sur les principes concernant la protection juridique des majeurs incapables contient une partie V consacrée aux interventions dans le domaine de la santé. Il y est indiqué que lorsqu'un majeur est capable de donner son consentement libre et éclairé à une intervention déterminée dans le domaine de la santé, celle-ci ne peut être pratiquée qu'avec son consentement.

La recommandation Rec(2004)10 détaille les conditions dans lesquelles une personne peut être soumise à un traitement médical involontaire (article 18) ainsi que les conditions que doit remplir un tel traitement (article 19).

<sup>119</sup> *Ibid.*, point 46.

<sup>120</sup> Cette question a été jugée par la CouEDH. Voir : CouEDH, *Glass c. Royaume-Uni*, n° 61827/00, 9 mars 2004.

<sup>121</sup> Conseil de l'Europe, Comité des Ministres (2004a).

### **Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe**

#### **Article 18 – Critères pour le traitement involontaire**

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

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

#### **Article 19 – Principes relatifs au traitement involontaire**

1. Le traitement involontaire devrait :
  - i. répondre à des signes et à des symptômes cliniques spécifiques ;
  - ii. être proportionné à l'état de santé de la personne ;
  - iii. faire partie d'un plan de traitement écrit ;
  - iv. être consigné par écrit ;
  - v. le cas échéant, avoir pour objectif le recours, aussi rapidement que possible, à un traitement acceptable par la personne.

Les dispositions de la recommandation Rec(2004)10 vont également au-delà de la CEDH et de la Convention d'Oviedo sur un certain nombre de points. Elle recommande, par exemple, que le traitement involontaire fasse partie d'un plan de traitement écrit, une garantie qui assure un meilleur contrôle du fait que les décisions médicales reposent sur des données fiables et que le traitement est le moins restrictif possible<sup>122</sup>. Les articles 20 et 21 de la Rec(2004)10 contiennent des dispositions procédurales énonçant les conditions auxquelles doit satisfaire la prise de décision avant l'imposition d'un traitement involontaire (l'article 21 a trait aux procédures d'urgence, qui sont également abordées à l'article 8 de la Convention d'Oviedo).

L'article 22 de la Rec(2004)10 établit un droit à l'information au bénéfice du patient. Il s'agit d'une garantie essentielle pour les droits de la personne. Dans la mesure où ces dispositions font référence à la situation des représentants – qui devraient aussi recevoir des informations sur les droits et les voies de recours qui leur sont ouvertes –, elles devraient être lues à la lumière de la jurisprudence décrite précédemment. Les affaires particulièrement marquantes sont *Herczegfalvy c. Autriche* – qui met en évidence la nécessité de préserver la confidentialité de la communication avec le monde extérieur – et *Vaudelle c. France*<sup>123</sup> – qui énonce la nécessité d'informer non seulement la personne concernée, mais aussi son représentant, dans le cadre d'une action en justice.

### **Normes du Comité européen pour la prévention de la torture**

Enfin, la position des normes du Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) est également intéressante. Le CPT a élaboré une série de normes concernant le traitement forcé, qui sont définies comme suit :

*« Par principe, un patient doit être en mesure de donner un consentement libre et éclairé au traitement. L'admission non volontaire d'une personne dans un établissement psychiatrique ne doit pas être conçue comme autorisant le traitement sans son consentement. Il s'ensuit que tout patient capable de discernement, qu'il soit hospitalisé de manière volontaire ou non volontaire, doit avoir la possibilité de refuser un traitement ou toute autre intervention médicale. Toute dérogation à ce principe fondamental doit avoir une base légale et ne s'appliquer que dans des circonstances exceptionnelles clairement et strictement définies.*

*À l'évidence, le consentement d'un patient à un traitement ne peut être qualifié de libre et éclairé que s'il se fonde sur des informations complètes, exactes et compréhensibles sur son état de santé et le traitement qui lui est proposé [...]. En conséquence, chaque patient doit systématiquement obtenir les informations pertinentes relatives à son état de santé et le traitement qu'on propose de lui prescrire. Les patients doivent aussi obtenir des informations pertinentes (résultats, etc.) après leur traitement. »<sup>124</sup>.*

123 CouEDH, *Vaudelle c. France*, n° 35683/97, 30 janvier 2001.

124 Conseil de l'Europe, Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) (2010f), point 41.

122 Voir aussi : Conseil de l'Europe, CPT (2010f), point 37.

Le CPT n'exclut pas la possibilité qu'un traitement médical soit imposé à un patient dans des « circonstances exceptionnelles ». Celles-ci doivent toutefois être prévues par la loi et suivre une procédure précise. Le CPT recommande par exemple que :

« [...] les procédures soient revues afin d'assurer que tous les patients, sur une base volontaire ou non, reçoivent systématiquement des informations concernant leur état et le traitement qui leur est prescrit et que les médecins soient informés qu'ils devraient toujours rechercher le consentement du patient avant le début du traitement. Le formulaire relatif au consentement éclairé au traitement devrait être signé par le patient [...]. Des informations pertinentes devraient également être fournies aux patients (et à leurs représentants légaux) pendant et après le traitement »<sup>125</sup>.

Le CPT est d'avis qu'un traitement psychiatrique devrait se fonder sur une « approche individualisée » et qu'il représente plus qu'une médication et « doit comprendre un large éventail d'activités de réhabilitation et thérapeutiques, incluant l'accès à l'ergothérapie, aux thérapies de groupe, aux psychothérapies individuelles, à l'art, au théâtre, à la musique et aux sports »<sup>126</sup>. Le Comité souligne que si le personnel n'est pas formé ou si la philosophie qui domine se fonde sur la surveillance du patient plutôt que sur la guérison, on peut se trouver dans une situation dans laquelle les « composantes essentielles d'un traitement efficace de réhabilitation psychosociale sont sous-développées, voire même, font totalement défaut », ce qui a pour effet que le traitement consiste principalement en une pharmacothérapie<sup>127</sup>.

Les normes du CPT avertissent les États que le comité « est également très vigilant à tout signe d'abus de médicaments »<sup>128</sup>. Le CPT a élaboré des orientations spécifiques sur le recours à la thérapie électroconvulsive (TEC), un traitement qui devrait toujours être administré sous anesthésie et avec des myorelaxants et s'accompagner de garanties adéquates, telles que la formation du personnel et l'enregistrement de chaque incident<sup>129</sup>.

En définitive, les normes décrites ci-dessus n'excluent pas que, dans des cas exceptionnels, des personnes souffrant de troubles mentaux puissent être traitées contre leur volonté, lorsque l'état de la personne représente un risque grave pour sa santé.

Ce chapitre a présenté les normes et les garanties adoptées par les Nations Unies et le Conseil de l'Europe pour la protection des personnes handicapées à l'égard d'un placement et d'un traitement involontaires. En ce qui concerne le placement involontaire, les deux ensembles de normes fixent les circonstances dans lesquelles les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent être privées de leur liberté, à condition que les procédures prévues par la loi soient appliquées et que la légalité de la détention soit régulièrement réexaminée. La CRPD dissocie spécifiquement la privation de liberté de l'existence d'un handicap, de sorte qu'un handicap ne justifie pas, en soi, un placement. Tant au niveau des Nations Unies que du Conseil de l'Europe, les normes relatives au traitement involontaire impliquent le croisement de plusieurs droits corrélés, notamment le droit à ne pas être soumis à la torture, le droit au respect de la vie privée et le droit à la protection de l'intégrité de la personne. Les instruments du Conseil de l'Europe autorisent clairement le traitement involontaire en cas de troubles mentaux sous réserve que certaines conditions rigoureuses soient remplies. Au niveau des Nations Unies, le Comité des droits des personnes handicapées doit encore interpréter la CRPD afin de préciser dans quelle mesure un traitement involontaire est compatible avec les dispositions de la convention. Les normes des Nations Unies et du Conseil de l'Europe insistent toutefois sur l'importance d'obtenir un consentement libre et éclairé avant tout traitement médical.

Le chapitre suivant présente les conclusions de la recherche de la FRA sur les cadres juridiques des 27 États membres de l'UE en ce qui concerne le placement et le traitement involontaires. Axé sur la situation juridique, ce chapitre ne traitera pas des mesures ou garanties non prévues par la loi. Tout en reconnaissant l'importance de telles mesures pour la protection des droits de la personne dans des cas de détention ou de traitement forcés, leur analyse dépasse le cadre de ce rapport.

125 Conseil de l'Europe, CPT (2010e), point 145.

126 Conseil de l'Europe, CPT (2010f), point 37.

127 *Ibid.*

128 *Ibid.*, point 38.

129 *Ibid.*, point 39.



# 2

## Cadre juridique des États membres de l'UE

Ce chapitre prend pour point de référence le rapport de 2002 cofinancé par la Commission européenne sur la législation et les pratiques relatives au placement à l'internement forcé et au traitement involontaire de patients souffrant de troubles mentaux dans les États membres de l'UE (*Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in the EU-Member States*)<sup>130</sup>. Il a présenté une analyse comparative des cadres juridiques en vigueur dans les 15 États alors membres de l'UE. Dix ans plus tard, le présent rapport fait le point sur la situation dans les 27 États membres de l'UE en février 2012 et tente une analyse restreinte des tendances en posant des questions similaires à celles du rapport de 2002. Le présent rapport repose toutefois sur les critères concernant le placement involontaire et le traitement involontaire énoncés dans la recommandation Rec(2004)10 du Conseil de l'Europe, qui est postérieure au rapport de 2002. La discussion ne saurait englober toutes les situations régies par les cadres juridiques des États membres de l'UE. Ainsi, l'analyse ne couvre pas la privation de liberté de personnes n'ayant pas de capacité juridique, étant donné que cet aspect fera l'objet d'un rapport distinct de la FRA. Le fait de prendre appui sur les normes existantes du Conseil de l'Europe signifie également que l'analyse n'établira pas nécessairement de distinction entre un placement involontaire et un traitement involontaire lorsque les normes s'appliquent aux deux situations.

Le chapitre analyse d'abord le cadre législatif national d'un point de vue formel (Section 2.1), avant de procéder à une comparaison des différents critères appliqués dans les États membres de l'UE (Section 2.2). Enfin, il aborde quelques questions cruciales concernant les droits procéduraux dans le cadre d'un réexamen et d'un recours (Section 2.3).

### 2.1. Législation

Les cadres juridiques des États membres de l'UE qui régissent le placement involontaire et le traitement involontaire sont divers. Le rapport de 2002 soulignait déjà cet aspect il y a dix ans<sup>131</sup> et les conclusions de la FRA confirment que cette constatation reste de mise en 2012. Dès 2013, le Conseil de l'Europe va entamer l'élaboration d'un protocole à la Convention d'Oviedo, un instrument qui sera juridiquement contraignant (voir le Chapitre 1). Cependant, à l'heure actuelle, seul l'instrument non contraignant qu'est la recommandation Rec(2004)10 contient une série de normes spécifiques pour tous les États membres du Conseil de l'Europe et, partant, de l'Union européenne.

Le rapport de 2002 indiquait que 12 des 15 États membres de l'UE disposaient de lois spécifiques relatives à la santé mentale régissant le placement et le traitement involontaires en 2002<sup>132</sup>. Selon le rapport de 2002, la raison principale qui a poussé l'**Espagne**, la **Grèce** et l'**Italie** à ne pas légiférer spécifiquement dans ce domaine était d'éviter l'effet de stigmatisation d'une disposition ne s'appliquant qu'aux personnes souffrant de troubles mentaux<sup>133</sup>. Le caractère discriminatoire d'une législation couvrant spécifiquement la santé mentale a suscité des appels à une réforme législative<sup>134</sup>. Au sein de l'UE-27, la majorité des États membres (19) ont adopté des lois spécifiques sur la santé mentale qui régissent le placement involontaire ou le traitement involontaire de personnes souffrant de troubles mentaux (voir l'Annexe 1). Par exemple, en **Belgique**, la loi de 1990 relative à la protection de la personne des malades

<sup>130</sup> Salize, H. J. et al. (2002).

<sup>131</sup> *Ibid.*, p. 3 ; voir aussi : Legemaate, J. (2005).

<sup>132</sup> *Ibid.*, p. 18.

<sup>133</sup> *Ibid.*, p. 18.

<sup>134</sup> Voir, par exemple : Szmukler, G. et Dawson, J. (2011).

mentaux est une loi civile fédérale<sup>135</sup>. Au **Danemark**, c'est la loi de 1989, modifiée en 2006, relative à la privation de liberté et à d'autres mesures de contrainte qui régit ce domaine du droit<sup>136</sup>. Pour citer deux exemples plus récents, en 2009, le **Luxembourg** a adopté une loi dans ce domaine<sup>137</sup> et en **France**, la loi du 5 juillet 2011 a profondément réformé le système du placement et du traitement involontaires<sup>138</sup>.

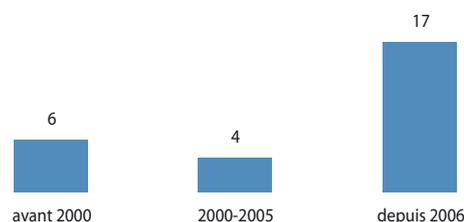
Huit États membres de l'UE ne disposent pas de lois spécifiques sur la santé mentale régissant le placement forcé et/ou le traitement involontaire de personnes souffrant de troubles mentaux, mais ce sont des lois générales sur la santé qui couvrent ces questions. La loi relative à la santé en **Bulgarie** vise à la fois le placement et le traitement, tandis qu'en **République tchèque**, la loi relative aux soins de santé vise le traitement involontaire tandis que le code de procédure civile régit le placement involontaire<sup>139</sup>. En **Grèce**, le Code civil régit le traitement involontaire, qui inclut le placement involontaire.

Le rapport de 2002 a mis en évidence le fait que de nombreux pays ont réformé leur législation durant les années 1990. Cette tendance s'est poursuivie et de multiples modifications, nouvelles lois ou réformes planifiées ont vu le jour depuis dans les États membres de l'UE<sup>140</sup>. L'évolution des normes relatives aux droits fondamentaux et, notamment, l'entrée en vigueur de la CRPD ont été à l'origine d'une partie de ces réformes. Ce fut le cas, par exemple, en **Autriche**. En effet, le rapport explicatif du projet de loi modifiant la loi relative au placement forcé, adopté en 2010, fait expressément référence à la CRPD<sup>141</sup>. La présentation ministérielle de la proposition de loi **française** relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques énonce également, dans le cadre des objectifs poursuivis par cette loi, une meilleure protection du droit à la liberté des patients et fait référence aux normes européennes<sup>142</sup>. En 2011, le Ministère **tchèque** de la Justice a mis sur pied un groupe de travail chargé de réformer la loi concernant le placement involontaire et

le traitement involontaire afin de renforcer la protection des droits fondamentaux des personnes souffrant de troubles mentaux<sup>143</sup>.

Bien que cela dépasse le cadre du présent rapport, il convient de renvoyer aux décisions judiciaires nationales qui se réfèrent également à la CRPD et qui entraînent des modifications ou des réformes législatives. Une décision de la Cour constitutionnelle de 2011 en **Allemagne** en est un exemple<sup>144</sup>. Cette décision concernait le traitement forcé en psychiatrie médico-légale prévu par la législation des *Länder*. La Cour constitutionnelle a jugé que la règle en cause était contraire à la Loi fondamentale allemande. Dans sa conclusion, la Cour constitutionnelle a fait référence à la CRPD. Conformément à la doctrine, cette décision va entraîner des réformes profondes du cadre juridique régissant le traitement involontaire en Allemagne<sup>145</sup>. S'il est vrai que la décision se fondait sur la Loi fondamentale allemande, elle faisait également référence à la CRPD. La Figure 1, qui est basée sur le tableau en annexe reprenant les législations existantes, indique la période d'adoption des lois pertinentes et tient compte de leurs dernières réformes importantes.

**Figure 1 : Date de l'adoption dans l'UE-27 d'un cadre juridique, incluant les réformes importantes les plus récentes**



Source : FRA, février 2012

Dans les États membres de l'UE dotés d'une structure politique fédérale, les lois régionales spécifiques sont pertinentes. C'est le cas en **Allemagne**, où 16 États fédérés possèdent leurs propres lois, qui diffèrent parfois considérablement les unes des autres<sup>146</sup>. Dans d'autres États membres comme l'**Italie** et l'**Espagne**, les lois des régions ou des communautés autonomes concourent à forger le cadre juridique national. De même, au **Royaume-Uni**, la loi relative à la santé mentale ne s'applique qu'à l'Angleterre et au pays de Galles. L'Écosse et l'Irlande du Nord ont mis en place des cadres juridiques distincts<sup>147</sup>.

135 Belgique, Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, 26 juin 1990.

136 Danemark, Loi consolidée relative à la contrainte en psychiatrie (*om anvendelse af tvang i psykiatrien*), n° 1111 du 1<sup>er</sup> novembre 2006 ; voir aussi : ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011d).

137 Luxembourg, Loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux.

138 France, Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011.

139 ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011c).

140 Voir, par exemple, les différentes réformes en Suède : ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011f).

141 Autriche, BGBl I 18/2010, 17 mars 2010.

142 Voir la discussion parlementaire qui a précédé l'adoption de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011.

143 ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011c), p. 23.

144 Allemagne, Cour constitutionnelle fédérale (*Bundesverfassungsgericht*, BVerfG), 2 BvR 882/09, 23 mars 2011.

145 Marschner, R. (2011).

146 ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011e).

147 ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011g).

Le rapport de 2002 a examiné la question de savoir si le droit national énonce clairement l'objet du placement involontaire et du traitement forcé<sup>148</sup>. Il ressort des conclusions de la FRA que les cadres juridiques nationaux définissent généralement l'objectif global du placement involontaire ou du traitement involontaire d'une personne souffrant d'un trouble mental. La spécificité de l'objectif varie d'un État membre à l'autre. Le placement est souvent lié à la prévention des risques. Ainsi, le traitement psychiatrique involontaire en **Hongrie** a pour but de protéger le patient et d'autres personnes de tout risque pour la vie, la santé et l'intégrité de la personne<sup>149</sup>. Un libellé similaire se retrouve dans d'autres pays, comme en **Bulgarie** : « traiter le trouble mental et protéger la personne handicapée et d'autres personnes susceptibles de souffrir des conséquences de son comportement psychotique »<sup>150</sup>.

Parfois, les objectifs de la loi sont plus vastes. Dans chacune des juridictions du **Royaume-Uni**, la législation énonce des objectifs non spécifiques et fournit aux décideurs une variété de justifications pour le placement involontaire, reposant sur un ou plusieurs des motifs suivants : la santé du patient, le bien-être du patient et/ou la protection publique<sup>151</sup>.

La délimitation des objectifs se reflète, dans une large mesure, dans les conditions précises du placement et du traitement, qui sont analysées à la section suivante.

## 2.2. Critères applicables au placement involontaire et au traitement involontaire

La recommandation Rec(2004)10 du Conseil de l'Europe énonce cinq conditions cumulatives qui doivent être remplies pour soumettre une personne à un placement involontaire (article 17, paragraphe 1, de la Rec(2004)10, voir la Section 1.2.2). En dehors du but thérapeutique, qui est une condition du placement volontaire, les quatre autres conditions s'appliquent également au traitement involontaire (article 18 de la Rec(2004)10, voir la Section 1.2.2). L'Annexe 2 donne un aperçu des quatre critères tels qu'ils sont repris dans la législation des États membres de l'UE. En ce qui

concerne les critères énumérés dans la Rec(2004)10, l'analyse des réglementations nationales dresse un tableau hétérogène.

Sur les cinq critères prévus par la Rec(2004)10 pour le placement involontaire, un seul figure dans toutes les législations nationales, à savoir l'existence d'un trouble mental. Le rapport explicatif sur la Rec(2004)10 ajoute que le placement involontaire n'est jugé approprié que pour les cas de troubles mentaux les plus graves<sup>152</sup>.

Si le fait d'être atteint d'un trouble mental est une condition préalable, il ne suffit pas à lui seul à justifier un placement. La discussion ci-dessous analyse le cadre juridique des États membres de l'UE afin de déterminer quels sont les critères supplémentaires prévus par la loi. L'état de la personne, le risque de dommage et le but thérapeutique sont analysés dans un premier temps (Section 2.2.1) ; viennent ensuite les alternatives existantes (Section 2.2.2) et, enfin, la question de savoir si la loi impose de tenir compte de l'avis de la personne (Section 2.2.3).

### 2.2.1. Le risque de dommage et le but thérapeutique

Dans 12 États membres, l'existence d'un risque significatif de dommage grave pour soi-même ou pour autrui et l'existence d'un trouble mental avéré sont les deux conditions principales justifiant un placement involontaire. La nécessité d'un but thérapeutique n'est pas expressément formulée. C'est la situation qui prévaut dans les pays suivants : **Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Estonie, Hongrie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas** et **République tchèque**. Par exemple, en **Autriche**, en vertu de l'article 3, paragraphe 1, de la loi relative au placement forcé (*Unterbringungsgesetz*), une personne peut faire l'objet d'un placement forcé si elle souffre d'un trouble mental (*psychische Krankheit*) et représente de ce fait un danger grave pour sa santé ou pour la vie d'autrui<sup>153</sup>. De la même façon, en **Lituanie**, en plus d'un refus d'être hospitalisé, qui implique l'absence de consentement, la loi relative aux soins psychiatriques impose que deux critères soient remplis pour qu'un placement involontaire soit autorisé : l'existence d'un trouble mental et un risque de dommage grave pour la santé ou la vie de la personne concernée ou d'autrui<sup>154</sup>.

Dans 13 États membres, deux critères – le risque de dommage et la nécessité d'un traitement – s'ajoutent au critère de l'existence d'un trouble mental. C'est le cas au

148 Salize, H. J. et al. (2002), p. 19.

149 Hongrie, Loi relative aux soins de santé, 15 décembre 1997, article 1919, paragraphe 1, et article 188 ; voir aussi : ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2010d).

150 Bulgarie, Loi relative à la santé, 1<sup>er</sup> janvier 2005, article 146.

151 Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles), Loi de 1983 relative à la santé mentale, article 2, paragraphe 2, et article 3, paragraphe 2. La disponibilité d'un traitement approprié est également nécessaire dans le cas où la détention excède 28 jours.

152 Conseil de l'Europe, Comité des Ministres (2004a), point 128.

153 Autriche, Loi relative au placement forcé, BGBl 155/1990. L'article 3, paragraphe 2, ajoute une troisième condition, à savoir qu'aucune alternative moins restrictive n'est disponible ; voir aussi : ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2010b), point 162.

154 Lituanie, Loi relative aux soins psychiatriques de 1995, n° I-924, modifiée en 2005, article 27.

**Danemark**, en **Grèce**, en **Finlande**, en **France**, en **Irlande**, en **Lettonie**, en **Pologne**, au **Portugal**, en **Roumanie**, au **Royaume-Uni**, en **Slovaquie**, en **Slovénie** et en **Suède**. Certains cadres juridiques ne font toutefois pas explicitement référence à la nécessité d'un traitement. Dans ces cas, cette notion est plus ou moins implicite.

Dans bon nombre de ces États membres, la législation ne précise pas si les deux critères doivent être remplis ou si un seul d'entre eux suffit à justifier un placement involontaire. Par exemple, en **Roumanie**, l'article 45 de la loi relative à la santé mentale énumère les trois conditions qui doivent être remplies pour qu'un internement forcé soit légal : l'existence d'un trouble mental et d'un discernement réduit ; l'existence d'un danger imminent de causer des blessures à soi-même ou à autrui du fait du trouble mental ; le non-internement dans un hôpital psychiatrique qui entraînerait une détérioration grave de la santé ou entraverait l'administration d'un traitement adéquat. En **Slovaquie**, deux ensembles distincts de critères à remplir pour qu'un placement involontaire soit légal sont prévus dans l'article 6, paragraphe 9, de la loi relative aux soins de santé. Tout d'abord, il doit exister un trouble mental ou des symptômes de trouble mental ainsi qu'un risque de danger pour la personne concernée et son entourage ; ou, en second lieu, il doit exister un trouble mental ou des symptômes de trouble mental et un danger de détérioration grave de l'état psychiatrique de la personne concernée.

Dans quelques-uns de ces États membres de l'UE, la législation prévoit explicitement une condition relative à la nécessité d'un traitement. C'est le cas par exemple au **Danemark**, où, conformément à l'article 5 de la loi sur les mesures de contrainte<sup>155</sup>, le « patient » peut être hospitalisé ou retenu de façon involontaire dans un établissement psychiatrique uniquement s'il souffre d'un trouble mental ou se trouve dans un état similaire à un trouble mental, ceci, parce qu'il serait injustifiable de ne pas priver la personne de sa liberté en vue d'un traitement, étant donné qu'en l'absence de cette privation, la perspective d'un rétablissement ou d'une amélioration significative et cruciale de l'état de santé serait considérablement réduite ; ou si la personne représente un danger immédiat et grave pour elle-même ou pour autrui. En **Grèce**, l'article 95 de la loi n° 2071/1992 énumère les critères suivants : la personne doit être atteinte d'un trouble mental ; elle ne doit pas être capable de prendre une décision sur son bien-être et l'absence de traitement pourrait la mettre dans l'impossibilité de guérir ou entraîner une détérioration de sa santé. Subsidièrement, un traitement involontaire est autorisé lorsqu'un traitement est nécessaire pour prévenir des actes de violence envers la personne concernée ou envers des tiers.

<sup>155</sup> Danemark, Loi consolidée relative à la contrainte en psychiatrie, n° 1111 du 1<sup>er</sup> novembre 2006.

Dans une poignée d'États membres de l'UE, la nécessité d'un traitement thérapeutique de la personne concernée, associée à l'existence d'un trouble mental, pourrait justifier un placement involontaire. Selon la législation dans ces pays, le fait de présenter un danger pour soi-même ou pour autrui n'est pas une condition au placement involontaire. **L'Espagne** et **l'Italie** comptent au nombre de ces pays. En Italie, le l'hospitalisation involontaire n'est possible que si le patient a besoin de soins psychiatriques urgents en raison de son état mental, s'il refuse de suivre un traitement psychiatrique approprié et si des interventions thérapeutiques efficaces et ciblées ne sont possibles que dans un établissement psychiatrique fermé<sup>156</sup>. Le risque de dommage pour soi-même ou pour autrui n'est pas une exigence directe. De ce fait, aucune classification du danger en termes de niveaux ou de seuils de risque n'est établie. Conformément à l'article 763, paragraphe 1, de la loi de procédure civile<sup>157</sup> en Espagne, le principal critère à satisfaire pour qu'une personne puisse faire l'objet d'un traitement involontaire est que celle-ci soit atteinte d'un trouble mental. Cet article 763 établit un critère clinique. En d'autres termes, tout symptôme clinique exigeant l'administration d'un traitement en milieu hospitalier suffirait à ordonner un placement involontaire<sup>158</sup>.

Comme il a été mentionné précédemment, un critère important dans une grande majorité des États membres de l'UE est lié au danger qu'une personne pourrait représenter pour elle-même ou pour autrui. Le rapport de 2002 a classifié l'UE-15 selon une définition du niveau de risque et a observé que les seuils définis sont souvent vagues bien que certains États membres imposent un niveau déterminé de danger<sup>159</sup>. Le manque de précision que l'on retrouve dans de nombreuses législations nationales semble être liée au fait que « l'évaluation des risques n'est pas une science exacte »<sup>160</sup>, comme l'ont reconnu les auteurs de la Rec(2004)10. La plupart des cadres juridiques nationaux utilisent des expressions qui soulignent que la probabilité du dommage est élevée et couvrent donc des situations variées. Peu d'États

<sup>156</sup> Italie, Loi n° 833 du 23 décembre 1978, article 34, paragraphe 3.

<sup>157</sup> L'article 763 de la loi de procédure civile a été déclaré inconstitutionnel par la Cour constitutionnelle espagnole au motif que la loi aurait dû être introduite dans le droit primaire plutôt que dans le droit dérivé. Elle est donc contraire à l'article 17, paragraphe 1, de la Constitution, qui protège le droit à la liberté et à la sécurité. Voir : Espagne, Décision de la Cour constitutionnelle n° 132/2010 du 2 décembre 2010. En pratique, l'article 763 demeure applicable jusqu'à ce que les législateurs le modifient afin d'éviter un vide juridique.

<sup>158</sup> Le cadre juridique espagnol établit une distinction entre les deux procédures et les régleme nte séparément : le placement involontaire relève de l'article 763 de la loi de procédure civile, tandis que le traitement involontaire est couvert par l'article 9 de la loi relative à l'autonomie du patient. Il n'existe toutefois pas de définition juridique de ces expressions. Une grande partie de la doctrine repose sur le fait que le traitement involontaire est couvert par le placement involontaire en vertu du principe *ad maiore ad minus*.

<sup>159</sup> Salize, H. J. et al. (2002), p. 23.

<sup>160</sup> Conseil de l'Europe, Comité des Ministres (2004a), point 129.



membres optent pour une approche plus spécifique faisant référence à des situations précises.

Quelques exemples illustrent ce propos. Au **Danemark**, l'article 5 de la loi relative aux mesures de contrainte en psychiatrie fait référence à « un danger immédiat et essentiel pour soi-même et pour autrui ». Cette disposition n'explique pas davantage comment et à l'aune de quels critères ou normes le « caractère essentiel » du danger devrait être apprécié. La loi relative à la santé mentale en **Irlande** évoque un « risque grave »<sup>161</sup>, tandis que la loi en **Autriche** évoque un danger grave et significatif<sup>162</sup>, cette situation est similaire en **Espagne**. Au **Luxembourg**, la procédure normale – un placement à la demande d'un membre de la famille ou d'un curateur – fait simplement référence à une notion de « danger », tandis que, dans des cas exceptionnels, le placement peut intervenir en cas de « danger imminent »<sup>163</sup>. De même, en **Hongrie**, la loi sur les soins de santé trace une ligne de démarcation entre un comportement dangereux et un comportement dangereux imminent. Ce dernier constitue un danger *grave et imminent* nécessitant un traitement d'urgence, alors que le premier est un comportement susceptible de représenter un danger important, entraînant une décision de traitement obligatoire<sup>164</sup>.

Aux **Pays-Bas**, la loi relative aux hôpitaux psychiatriques (placements forcés) n'établit pas un seuil de danger spécifique, mais son article premier dresse la liste (non exhaustive) des situations suivantes : la possibilité que le patient se suicide ou cause des dommages physiques graves ; la possibilité que le patient détruise complètement sa situation sociale ou qu'il se néglige gravement. La liste inclut également le danger que le comportement agaçant du patient suscite des réactions agressives d'autrui, que le patient tue quelqu'un ou cause des dommages physiques graves à autrui, au bien-être mental d'autrui ou que le patient fasse du mal à une personne dont il a la charge<sup>165</sup>. En **Allemagne**, l'article 1906 du Code civil fait spécifiquement référence au risque que la personne puisse se suicider ou porter gravement atteinte à sa santé, sans préciser la nature ou l'immédiateté du risque<sup>166</sup>.

En résumé, le critère du danger revêt diverses formes selon les cadres juridiques des États membres de l'UE. Conformément à la Rec(2004)10, les mesures

involontaires devraient être proportionnées et aucune alternative moins restrictive, ou moins intrusive, ne doit être disponible. La section suivante traite de la mesure dans laquelle la législation des États membres tient compte de cette condition.

## 2.2.2. Alternatives moins restrictives

Le placement involontaire et le traitement involontaire ne devraient être uniquement mis en œuvre en l'absence d'alternative. Telle est l'explication des critères prévus à l'article 17, paragraphe 1, point iv), et à l'article 18, point iii), de la Rec(2004)10 qui est donnée dans le rapport explicatif sur la recommandation : le placement involontaire est inévitable soit parce qu'il n'est pas possible de dispenser les soins nécessaires en dehors d'une institution, soit parce que des moyens alternatifs ne sont pas disponibles. De même, le traitement involontaire ne devrait avoir lieu que lorsqu'aucun moyen moins intrusif ne suffirait<sup>167</sup>. Le rapport de 2002 a montré qu'une majorité écrasante d'États membres dans l'UE-15 prévoyait spécifiquement une application de mesures coercitives en dernier recours<sup>168</sup>. Dans l'UE-27, ce critère reste d'application dans une majorité de pays avant qu'un placement involontaire et un traitement involontaire ne soient autorisés (voir l'Annexe 2).

En **Estonie**, par exemple, la loi dit qu'en plus des autres critères à remplir pour un placement dans un foyer social, « l'application des mesures précédentes n'a pas suffi ou le recours à d'autres mesures n'est pas possible »<sup>169</sup>. De même, un traitement psychiatrique involontaire d'urgence est autorisé, en plus d'autres critères, si « d'autres soins psychiatriques ne suffisent pas »<sup>170</sup>. En **Allemagne**, un critère de proportionnalité de la mesure est imposé par le droit public et privé et a été confirmé par les tribunaux dans toutes les affaires de placement et de traitement involontaires<sup>171</sup>. Dans certains *Länder* allemands, la législation relative au placement involontaire contient des dispositions explicites par lesquelles les personnes concernées doivent recevoir une aide spécifiquement destinée à éviter le placement. L'article 39 de la loi **slovene** sur la santé mentale autorise la détention légale si les menaces décrites ne peuvent pas être évitées en recourant à d'autres moyens moins intrusifs, tels qu'un traitement dans un service ouvert d'un hôpital psychiatrique, un traitement ambulatoire ou un traitement sous contrôle médical<sup>172</sup>.

161 Irlande, Loi de 2001 relative à la santé mentale, 1<sup>er</sup> novembre 2006, article 3.

162 Autriche, Loi relative au placement forcé, BGBl 155/1990, article 3, paragraphe 1.

163 Luxembourg, Loi relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, 10 décembre 2009, articles 3 et 8.

164 Hongrie, Loi relative aux soins de santé, 15 décembre 1997, article 188, points b) et c), articles 119 et 200.

165 Pays-Bas, Loi de 1992 relative aux hôpitaux psychiatriques (placements forcés), article 1<sup>er</sup>.

166 Allemagne, Code civil (BGB) introduit par la loi relative à la curatelle, 1<sup>er</sup> janvier 1992, article 1906, paragraphe 1, point 1.

167 Conseil de l'Europe, Comité des Ministres (2004a), points 135 et 141.

168 Salize, H. J. *et al.* (2002), p. 20.

169 Estonie, Loi relative à la protection sociale, 8 février 1995, modifiée en 2008, article 19, paragraphe 1, point 3.

170 Estonie, Loi relative à la santé mentale, 12 février 1997, modifiée en 2002, article 1, paragraphe 1, point 3.

171 Voir par exemple : Allemagne, Cour suprême fédérale (*Bundesgerichtshof*), arrêt dans l'affaire n° XII ZB 236/05, 1<sup>er</sup> février 2006 ; voir aussi : ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011e).

172 Sloveenie, Loi n° 77/08 relative à la santé mentale, 28 juillet 2008, article 39.

Dans certains États membres de l'UE, cette exigence n'est imposée que pour un placement d'urgence. Par exemple, la loi relative aux soins de santé en Hongrie mentionne parmi les conditions d'une injonction de traitement d'urgence, le fait qu'un comportement de danger imminent ne peut être évité qu'en soumettant le patient à des soins psychiatriques en milieu fermé<sup>173</sup>. Ce critère établit implicitement que si le danger peut être évité par d'autres moyens moins intrusifs, la personne ne devrait pas être placée dans un établissement psychiatrique. La loi ne précise toutefois pas quelles sont les alternatives qui doivent être envisagées et tentées avant de recourir à des soins en milieu hospitalier.

Dans d'autres États membres, le recours à des approches moins restrictives ne s'applique qu'au traitement involontaire. C'est le cas de **Malte**, où, conformément à l'article 14, paragraphe 3, de la loi relative à la santé mentale, les deux médecins demandant un traitement involontaire « doivent préciser si d'autres méthodes sont disponibles pour traiter le patient et, dans l'affirmative, pourquoi ces méthodes ne conviennent pas »<sup>174</sup>. La **Lituanie** et la **Roumanie** ont adopté un cadre législatif similaire.

En **Bulgarie**, à **Chypre**, en **Espagne**, en **Grèce**, en **Irlande**, en **Lettonie**, en **République tchèque** et en **Slovaquie**, la législation nationale n'inclut pas expressément la condition préalable d'avoir épuisé tous les moyens moins restrictifs. La loi laisse aux personnes impliquées dans l'évaluation de l'état d'une personne le soin de décider si celle-ci doit faire l'objet d'un placement involontaire.

### 2.2.3. Prise en compte de l'avis du patient

Par définition, les mesures coercitives sont contraires à la volonté de la personne concernée<sup>175</sup>. La Rec(2004)10 impose toutefois que l'avis de la personne soit pris en considération à plusieurs étapes de la procédure de placement ou de traitement involontaires. Le rapport explicatif sur la Rec(2004)10 souligne clairement que pendant une mesure de placement, « il peut être difficile de concilier le respect de l'autodétermination et la nécessité de protéger une personne atteinte d'un trouble mental, et il est souligné qu'il faut tenir expressément compte de l'avis de la personne concernée »<sup>176</sup>. L'avis de la personne doit être pris en compte tant dans le cas d'un placement involontaire que d'un traitement involontaire. En tout état de cause, une décision de placement involontaire ne devrait pas inclure une décision de traitement involontaire. Ces décisions devraient rester distinctes et l'avis de la personne

concernée devrait être demandé dans les deux cas<sup>177</sup>. Le rapport de 2002 aborde la question différemment. Il insiste sur le consentement éclairé qu'une personne devrait donner en cas de traitement involontaire. À l'échelle de l'UE-15, un tel consentement n'était pas imposé par la loi dans 10 États membres<sup>178</sup>, bien qu'un consentement éclairé fasse partie des principes essentiels défendus par le CPT (voir la Section 1.2.2). Un consentement éclairé concourt à la formation d'un avis, mais il est légèrement plus restrictif que l'exigence générale de prendre en compte l'avis de la personne suggérée par la Rec(2004)10. L'analyse suivante couvre les deux situations suivantes prévues par la loi : l'avis de la personne est pris en compte par le médecin et par le juge avant toute audience formelle.

De nombreuses législations nationales font référence à l'avis des personnes, parfois dans le cadre d'un placement involontaire et, plus souvent, dans le cadre d'un traitement. Tel est le cas, par exemple, en **Allemagne**, en **Belgique**, au **Danemark**, en **Finlande**, en **Irlande** ou en **Italie**. La loi **danoise** impose l'obligation d'essayer d'obtenir le consentement du patient avant de le soumettre à un traitement involontaire<sup>179</sup>. Elle dispose que le placement dans un hôpital et le traitement doivent, dans la mesure du possible, reposer sur le consentement éclairé du patient. Ceci implique que la personne reçoive des informations adéquates et personnalisées de nature à l'aider à décider d'accepter les soins de son plein gré. Ces informations sont aussi exigées en **Pologne**<sup>180</sup> et en **Suède**<sup>181</sup>. L'obligation de solliciter l'avis de la personne sur le programme de traitement est imposée par la loi en **France**<sup>182</sup>. Une exigence similaire est imposée en **Pologne** par la loi relative à la santé mentale<sup>183</sup>.

Dans quelques États membres de l'UE, la loi ne fait pas référence à l'avis de la personne dans le cadre d'une mesure involontaire. C'est le cas en **Grèce**, en **Lettonie**, à **Malte**, en **République tchèque**, au **Royaume-Uni** et en **Slovaquie**.

Dans plusieurs pays, comme l'**Autriche** ou la **Pologne**<sup>184</sup>, le juge qui statue en dernier recours sur une décision formelle de placement est invité à rencontrer la personne avant toute audition. L'article 19 de la loi autrichienne relative au placement forcé impose au juge de rencontrer la personne dans les quatre jours suivant

173 Hongrie, Loi relative à la santé mentale, 15 décembre 1997, article 199, paragraphe 1.

174 Malte, Loi de 1981 relative à la santé mentale.

175 Conseil de l'Europe, Comité des Ministres (2004a), article 16.

176 *Ibid.*, point 136.

177 Voir par exemple : Belgique, Ministère de la santé (2011), p. 3.

178 Salize, H. J. *et al.* (2002), p. 29.

179 Danemark, Arrêté administratif n° 1499 du 14 décembre 2006 sur le traitement involontaire, l'immobilisation forcée, les protocoles forcés, etc., en psychiatrie, article 3 ; voir aussi : ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011d).

180 Pologne, Loi relative à la protection de la santé mentale, article 23, paragraphe 3.

181 Suède, Loi relative aux soins psychiatriques forcés.

182 France, Code de la santé publique, article L3211-2-1.

183 Pologne, Loi relative à la protection de la santé mentale, article 33, paragraphe 2.

184 Pologne, Loi relative à la protection de la santé mentale.

le début de la procédure de placement pour lui permettre de se forger une opinion personnelle<sup>185</sup>.

Les sections précédentes ont analysé les cinq critères essentiels à remplir avant de soumettre une personne à une mesure de placement involontaire et de traitement involontaire. Sur la base de ces critères, une évaluation est réalisée et une décision peut être prise concernant l'application des mesures forcées.

## 2.3. Procédures d'évaluation et de décision

Dans des situations non urgentes, le placement involontaire et le traitement involontaire suivent généralement une procédure en deux temps : une évaluation des risques ou une période d'observation a d'abord lieu et, ensuite, une décision confirmant le placement et/ou le traitement est rendue. Le CPT a souligné à plusieurs reprises que la motivation de la décision ne devait pas être stéréotypée<sup>186</sup>. Les règles applicables aux procédures d'évaluation et de décision énoncées à l'article 20 de la Rec(2004)10 se retrouvent, à divers degrés, dans les garanties mises en place dans les États membres de l'UE. L'analyse qui suit donne un aperçu de la façon dont l'évaluation est normalement menée et de la procédure aboutissant à une décision de placement et/ou de traitement.

### 2.3.1. Qualification et nombre d'experts intervenant dans l'évaluation

#### CPT

La procédure qui conduit à une décision sur un placement involontaire devrait offrir des garanties d'indépendance et d'impartialité ainsi qu'une expertise médicale objective. [...] la décision formelle de placer une personne dans un hôpital psychiatrique devrait toujours s'appuyer sur l'avis d'au moins un psychiatre, et de préférence deux, et la décision de placement proprement dite devrait être prise par une instance différente de celle qui l'a recommandé.<sup>187</sup>

Dans une poignée d'États membres, tout médecin peut procéder à l'évaluation médicale. Par exemple, en **Belgique**, la loi ne précise pas quelle doit être la formation du médecin décideur : ce dernier ne doit pas être nécessairement psychiatre ou neurologue et peut être le médecin traitant. Le CPT a formulé des

commentaires sur cette règle et a invité les autorités belges à réexaminer la loi afin que l'évaluation soit menée par un psychiatre qualifié<sup>188</sup>. De même, en **Slovaquie**, la loi n'exige pas expressément que le médecin qui effectue l'évaluation médicale possède une expertise en psychiatrie. Au Luxembourg, la demande d'admission d'une personne doit être accompagnée d'un certificat médical délivré par un médecin qui ne fait pas partie du personnel du service psychiatrique de l'hôpital où le patient va être placé<sup>189</sup>. En 2009, juste avant la réforme législative au Luxembourg, le CPT a fait part de ses inquiétudes concernant l'absence de spécialisation en psychiatrie du médecin qui procède à l'évaluation initiale<sup>190</sup>.

Dans la plupart des États membres, la loi prévoit toutefois dans le cadre de la procédure ordinaire, que seuls des médecins possédant des qualifications et une expérience reconnues en psychiatrie sont habilités à réaliser les examens et à élaborer le rapport d'évaluation médicale. En **Roumanie**, par exemple, lorsqu'un « psychiatre compétent » adopte une décision qui est ensuite confirmée par une commission de révision (*comisia de revizie*), composée de trois membres nommés par le directeur de l'hôpital, à savoir deux psychiatres, « si possible différents de celui qui a pris la première décision » et un médecin d'une autre spécialisation ou un représentant de la société civile<sup>191</sup>.

Dans différents cas, un généraliste et un psychiatre interviennent à la fois dans la procédure d'évaluation. Ces situations sont liées au fait que les législations nationales prévoient souvent une phase au cours de laquelle le placement et/ou le traitement involontaires sont réalisés par des médecins qui peuvent être des généralistes. En **Autriche**, par exemple, l'évaluation préliminaire est du ressort d'un médecin relevant d'un service de santé publique ou d'un médecin de la police. Ils rédigent un certificat expliquant pourquoi ils considèrent que les conditions d'un placement involontaire sont remplies. C'est toutefois le rapport élaboré par le responsable du département psychiatrique et établi après examen de la personne concernée, qui autorise le placement<sup>192</sup>. Au **Royaume-Uni** (Angleterre et pays de Galles), la demande de placement est faite par « deux médecins agréés »<sup>193</sup>, dont l'un doit être un psychiatre qualifié<sup>194</sup>.

188 Conseil de l'Europe, CPT (2010a), point 205.

189 Luxembourg, Loi relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, 10 décembre 2009, article 9.

190 Conseil de l'Europe, CPT (2010b), point 104.

191 Roumanie, Loi relative à la santé mentale (loi n° 487/2002), article 52.

192 Autriche, Loi relative au placement forcé, BGBl 155/1990, articles 8 et 10.

193 Royaume-Uni, Loi de 1983 relative à la santé mentale, c.20, article 2, paragraphe 3, et article 3, paragraphe 3.

194 *Ibid.*, c.20, article 145, paragraphe 1, modifié par la loi de 2007 relative à la santé mentale.

185 Autriche, Loi relative au placement forcé, BGBl 155/1990, article 19.

186 Voir par exemple : Conseil de l'Europe, CPT (2011), point 189 ; Conseil de l'Europe, CPT (2010b), point 108.

187 Conseil de l'Europe, CPT (2010g), point 73.

Le processus décisionnel est réglementé de façon encore plus détaillée dans certains pays. En **Irlande**, un tribunal de santé mentale (*Mental Health Tribunal*) composé de trois personnes – un psychiatre consultant, un avocat possédant au moins sept ans d'expérience pratique et un profane qui ne peut être ni médecin ni infirmier – se réunit.

Une autre règle importante servant de garantie contre les décisions arbitraires est le nombre d'avis d'experts recueillis pour autoriser le placement involontaire, ainsi que leur indépendance vis-à-vis de l'établissement où la personne sera placée. Ce dernier aspect est souvent répété dans les rapports du CPT<sup>195</sup>. Tout en gardant cet élément essentiel à l'esprit, la section suivante analyse les dispositions juridiques nationales relatives au nombre d'experts intervenant dans la procédure d'évaluation préalable à la prise de décision sur les placements involontaires.

Dans neuf États membres de l'UE, une expertise délivrée par un professionnel de la médecine satisfait l'exigence légale concernant l'évaluation de l'état psychiatrique d'une personne. Ces pays sont l'**Allemagne**, la **Belgique**, la **Bulgarie**, le **Danemark**, l'**Estonie**, le **Luxembourg**, les **Pays-Bas**, la **Pologne** et la **République tchèque**. Alors que dans certains pays, l'autorité décisionnaire – un tribunal, dans la majorité des États membres (voir la Section 2.3.2) – pourrait demander un avis supplémentaire ou nommer un expert indépendant supplémentaire, cette mesure de protection est facultative. À titre d'exemple, aux **Pays-Bas**, le juge reçoit des informations du thérapeute du patient (psychiatre, psychologue, généraliste, par exemple) et, dans certains cas, il peut nommer un expert indépendant supplémentaire. Des dispositions similaires existent dans d'autres législations nationales.

Près de la moitié des États membres de l'UE exigent l'avis (certificats médicaux) de deux experts. Quatre autres pays prévoient une commission ou les avis séparés de trois « médecins » ou plus. Ces dispositions peuvent être considérées comme une étape cruciale pour garantir l'impartialité de l'avis médical et éviter les décisions arbitraires. Ainsi, en **Suède**, l'arrêt concernant l'exécution du certificat de traitement forcé est la première étape d'une évaluation réalisée par deux médecins concernant la nécessité de soins forcés. L'ordonnance de traitement involontaire doit se fonder sur un certificat thérapeutique délivré par un médecin différent de celui qui a décidé d'hospitaliser le patient. La décision d'internement doit être prise par le médecin/psychiatre en chef de l'établissement où le patient sera traité. Par ailleurs, le tribunal administratif contrôle tous

les placements forcés et fait toujours examiner le patient par un expert psychiatre indépendant<sup>196</sup>.

En **Finlande**, en **France**, en **Irlande**, en **Lettonie**, en **Lituanie** et en **Roumanie**, la loi impose plus de deux avis médicaux. Conformément à l'article 1<sup>er</sup>, paragraphe 6, de la loi sur les traitements médicaux en **Lettonie**, un « conseil de médecins » est convoqué, lequel est défini comme « une réunion d'au moins trois médecins afin de poser un diagnostic et d'établir le traitement médical futur ». De même, en **Finlande**, la procédure décidant du traitement involontaire d'une personne sur la base de la loi relative à la santé mentale considère comme déterminante l'évaluation de trois médecins indépendants. Un avis est demandé au médecin traitant, au médecin de l'hôpital où le traitement est administré et au médecin responsable de l'hôpital. En outre, lorsqu'une personne est envoyée en observation, et avant que la période d'observation ne soit entamée, un médecin détermine si les critères relatifs à un traitement involontaire sont susceptibles d'être remplis<sup>197</sup>. Selon les autorités finlandaises, le nombre de médecins impliqués (jusqu'à quatre) garantit les droits des patients de façon adéquate<sup>198</sup>. En **France** et en **Lituanie**, deux psychiatres et un médecin participent à l'évaluation. En France, le médecin procède, dans les 24 heures qui suivent le début de la mise en observation, à un examen physique<sup>199</sup>, en Lituanie, il représente l'administration de l'établissement psychiatrique<sup>200</sup>.

### 2.3.2. Autorités ou personnes autorisées à statuer sur un placement involontaire

L'intervention d'un juge ou d'une autre instance compétente est prévue dans toutes les normes élaborées au niveau du Conseil de l'Europe (voir la Section 1.2.2). Le rapport explicatif sur la Rec(2004)10 précise que « le principe sous-jacent veut qu'une décision indépendante soit prise par une partie indépendante de la personne ou de l'instance proposant la mesure » de placement involontaire<sup>201</sup>. La recommandation du Conseil de l'Europe n'exclut pas que la décision soit prise par un médecin<sup>202</sup>. Les deux solutions – décision d'un juge ou d'un médecin – apparaissent dans la législation des États membres de l'UE.

Dans une grande majorité d'États membres de l'UE, la décision finale est prise par une autorité non médicale. Le processus décisionnel comporte différentes étapes.

<sup>195</sup> Voir, par exemple : Conseil de l'Europe, CPT (2010c), point 61 ; Conseil de l'Europe, CPT (2009a), points 137 et 138 ; Conseil de l'Europe, CPT (2010d), points 44 et 46.

<sup>196</sup> Suède, Loi relative aux soins psychiatriques forcés, articles 4 à 13.

<sup>197</sup> Finlande, Loi relative à la santé mentale, article 9, paragraphe 3.

<sup>198</sup> Conseil de l'Europe, CPT (2009b), p. 53.

<sup>199</sup> France, Code de la santé publique, article L. 3211-2-2. Voir aussi : Conseil de l'Europe, CPT (2012) point 178.

<sup>200</sup> Lituanie, Loi de 1995 relative aux soins psychiatriques, n° I-924, modifiée en 2005, article 16.

<sup>201</sup> Conseil de l'Europe, Comité des Ministres (2004a), point 151.

<sup>202</sup> *Ibid.*, article 20, paragraphe 2.



Il débute généralement par un certificat médical rédigé par un ou plusieurs professionnels de la santé (voir la Section 2.3.1). Sur la base de ce certificat, une instance judiciaire ou quasi-judiciaire statue sur le placement.

Dans la plupart des États membres de l'UE, la décision de placement involontaire au titre d'une procédure ordinaire d'internement est prise par une instance non médicale, généralement un tribunal. Dans le rapport de 2002, la législation de 10 États membres de l'UE-15 de l'époque prévoyait cette exigence. Dans l'UE-27, ce sont 21 États membres qui suivent cette approche. Pour n'en citer que quelques exemples, en **Belgique**, la décision relative à la mise en observation est rendue par un juge sur demande d'une partie intéressée<sup>203</sup>. Après la transmission au juge par le directeur de l'établissement d'un rapport du responsable médical du service, le juge prend une décision de prolongation du placement. En cas d'urgence, le procureur décide et informe le juge de sa décision dans les 24 heures<sup>204</sup>. Au **Royaume-Uni**, selon la juridiction, la décision n'est pas toujours rendue par un juge, mais ne relève jamais de l'autorité d'un médecin. Elle est prise par d'autres autorités indépendantes. En Angleterre et au Pays de Galles, la procédure de placement involontaire peut être lancée par le « parent le plus proche » de la personne à placer<sup>205</sup>. La seconde possibilité, qui s'applique dans la grande majorité des cas, est une prise de décision par un « professionnel agréé de la santé mentale ». Pour être un « professionnel agréé de la santé mentale », la personne doit être un travailleur social, un infirmier possédant une expérience pratique de la psychiatrie, un infirmier spécialisé dans les troubles de l'apprentissage, un ergothérapeute ou un psychologue inscrit à l'ordre<sup>206</sup>. Cette personne doit également avoir suivi une formation agréée par le gouvernement. Un système similaire existe en Irlande du Nord, à l'exception du fait que la demande de placement à évaluer ne peut être introduite que par le parent le plus proche ou un assistant social et par aucun autre professionnel. En Écosse, toutes les demandes doivent être entendues par le tribunal de la santé mentale (*Mental Health Tribunal*), qui est compétent pour prononcer diverses injonctions<sup>207</sup>, dont un placement involontaire et l'administration d'un traitement médical. Ce tribunal se compose de trois personnes, à savoir un avocat, un médecin et un « membre général »<sup>208</sup>. Le « membre général » doit posséder la formation, les qualifications

ou l'expérience pertinente pour traiter des troubles mentaux et la réglementation<sup>209</sup> prévoit que cette personne doit être un infirmier agréé, un psychologue clinicien, un travailleur social, un ergothérapeute ou toute autre personne travaillant dans le secteur de la santé. En tout état de cause, la personne concernée doit posséder une expérience en tant qu'utilisateur ou prestataire de service<sup>210</sup>.

Au **Luxembourg**, un juge spécialement nommé dans l'arrondissement où la personne habite statue sur le placement involontaire<sup>211</sup>. Chaque arrondissement judiciaire dispose d'un juge chargé de suivre l'admission de personnes dans des établissements de soins, qui décide de garder les personnes en observation ou de les faire sortir, et qui contrôle un éventuel internement ou placement futur. Le juge est compétent pour demander un rapport et entendre toute personne qu'il juge nécessaire d'entendre afin de se faire une idée suffisamment claire de la situation pour fonder sa décision.

Dans quelques États membres de l'UE, la décision finale demeure du ressort des médecins. Par exemple, la décision est prise, à **Malte**, par le responsable de l'établissement psychiatrique<sup>212</sup> et en **Roumanie**, par « l'autorité médicale »<sup>213</sup>. La loi relative à la santé mentale en **Finlande** dispose que la décision finale concernant le traitement involontaire – qui exige un placement involontaire – d'une personne à l'issue d'une période initiale d'observation de quatre jours doit être prise par un éminent psychiatre de l'établissement. Cette décision a une validité de trois mois. Pour la prolonger jusqu'à six mois, une seconde décision est prise, qui est immédiatement confirmée par le tribunal administratif<sup>214</sup>. En 2011, dans ses observations finales sur la Finlande, le Comité contre la torture a critiqué la procédure finlandaise et a recommandé une réforme de la loi relative à la santé mentale<sup>215</sup>. Les psychiatres et les médecins prennent également des décisions de placement au **Danemark**, en **Irlande** et en **Suède**.

### 2.3.3. Audition obligatoire de la personne concernée

Le rapport de 2002 s'est penché sur l'audition obligatoire de la personne, en se concentrant notamment sur sa présence (ou sa représentation) durant les auditions

203 Belgique, Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, 26 juin 1990, article 5.

204 *Ibid.*, article 9.

205 Royaume-Uni, Loi de 1983 relative à la santé mentale, c.20, Section 11 (1).

206 Royaume-Uni, Règlements de 2008 sur la santé mentale (Angleterre) (agrément de personnes en vue de devenir des professionnels agréés de la santé mentale) (*Mental Health (Approved Mental Health Professionals) (Approval) (England) Regulations 2008*) SI 1206/2008, reg 3 (1) et schedule 1.

207 Royaume-Uni, Loi de 2003 (Écosse) relative à la santé mentale (soins et traitement), asp. 13, s66.

208 *Ibid.*, asp. 13, Schedule 2, paragraphe 1.

209 Royaume-Uni, Règlements de 2004 sur le tribunal de la santé mentale pour l'Écosse (nomination des membres généraux), SSI 2004 n° 375, 21 septembre 2009.

210 *Ibid.*, reg. 2 (1) (a).

211 Luxembourg, Loi relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, 10 décembre 2009, article 13.

212 Malte, Loi relative à la santé mentale, article 16, paragraphe 1.

213 Roumanie, Loi relative à la santé mentale, n° 487/2002, article 52.

214 Finlande, Loi relative à la santé mentale, article 10.

215 ONU, Comité contre la torture (2011), point 11.

devant un juge. Une telle audition était prévue dans la législation de 12 États membres de l'UE-15<sup>216</sup>. La Rec(2004)10 préconise également que le juge tienne compte de l'avis de la personne concernée tant dans le cadre d'un placement involontaire que d'un traitement volontaire<sup>217</sup>.

La grande majorité des législations nationales imposent la présence de la personne concernée lors de l'audition qui décidera de son placement involontaire. Cette obligation peut avoir un caractère constitutionnel, comme en **Allemagne**<sup>218</sup>, ou être réitérée dans une législation spécifique. En **Estonie**, par exemple, la personne visée par un éventuel placement involontaire doit être entendue avant que le tribunal ne rende sa décision<sup>219</sup>. La Cour suprême a déclaré à maintes reprises que les tribunaux doivent faire tout ce qui est en leur pouvoir pour garantir la présence de l'intéressé lors de l'audition. Le tribunal doit activement déterminer la capacité de l'intéressé à participer aux auditions et garantir sa participation à la procédure devant le tribunal dont le but est de déterminer les restrictions de ses droits. Le tribunal devrait « atteindre le niveau le plus élevé possible de certitude » lorsqu'il décide que l'intéressé devrait assister personnellement à l'audition ou non<sup>220</sup>. De plus, le tribunal doit fournir une motivation objective et étayée pour ne pas entendre l'intéressé en personne. Une obligation similaire est prévue dans la législation à **Chypre**. Le CPT a toutefois observé que, dans la pratique, le patient n'était quasiment jamais présent à l'audition. En revanche, le représentant était souvent un membre de la famille et était la personne qui avait demandé le placement<sup>221</sup>.

Dans plusieurs États membres, la personne pourrait ne pas être entendue dans le cadre d'une audition formelle. Ainsi, en **République tchèque**, le tribunal demande l'avis du patient, mais, dans le cadre d'une décision formelle, s'il est jugé que la personne est incapable de prendre part à la procédure, la décision initiale de placement peut être prise en son absence<sup>222</sup>. En **Lettonie**, une personne a le droit d'être entendue lors des procédures de réexamen lorsque le juge l'estime « possible »<sup>223</sup>. Le CPT a suggéré à ce propos que le droit de l'intéressé

d'être entendu par un juge soit renforcé<sup>224</sup>. Le droit **italien** ne prévoit pas que l'intéressé doit être entendu. L'audition peut avoir lieu devant un juge des tutelles et un tribunal, qui sont compétents pour poser toutes les questions qu'ils jugent nécessaires<sup>225</sup>.

### 2.3.4. Autorités ou personnes autorisées à statuer sur la fin de la mesure

#### Normes du CPT

Il doit être mis fin au placement non volontaire dans un établissement psychiatrique dès lors que l'état de santé mentale du patient le permet.<sup>226</sup>

Dans la plupart des États membres de l'UE, le médecin traitant décide de mettre un à un placement involontaire. À titre d'exemple, au **Danemark**, l'article 11 de la loi relative aux mesures de contrainte en psychiatrie précise que lorsque les conditions d'un traitement coercitif ne sont plus remplies, il doit être mis fin au placement involontaire, que le patient ait engagé la procédure en demandant sa sortie ou non. Dans le cadre de la procédure de réexamen, le médecin responsable doit établir que les conditions justifiant le placement involontaire sont toujours remplies dans les intervalles suivants : 3, 10, 20 et 30 jours après le placement involontaire et, ensuite, au moins toutes les quatre semaines<sup>227</sup>. En **République tchèque**, l'établissement a le droit de faire sortir le patient à tout moment, indépendamment de l'ordonnance du tribunal fixant un délai spécifique, si la situation change<sup>228</sup>.

Dans de nombreux États membres, la fin d'un placement ou d'un traitement forcé résulte d'une collaboration entre le personnel médical et le tribunal. Par exemple, en **Hongrie**, le tribunal décide en règle générale de la fin d'un traitement. Cependant, conformément à l'article 199, paragraphe 9, et à l'article 200, paragraphe 8, de la loi relative aux soins de santé, le patient doit sortir de l'établissement lorsque son traitement forcé n'est plus justifié<sup>229</sup>. Ces dispositions habilite le directeur de l'établissement à faire sortir le patient à tout moment entre les auditions obligatoires de réexamen par le tribunal, lorsque le médecin traitant décide que le patient ne doit plus être traité dans l'établissement. L'article 763, paragraphe 4, de la loi de procédure civile en **Espagne** établit également que la fin d'un placement volontaire

216 Salize, H. J. et al (2002), p. 25.

217 Conseil de l'Europe, Comité des Ministres (2004a), article 20, paragraphe 1, point i).

218 Allemagne, Loi fondamentale, article 103, paragraphe 1.

219 Estonie, Code de procédure civile, 20 avril 2005, paragraphe 536 (1).

220 Pour l'Estonie, voir par exemple : Cour suprême, *Riigikohus/3-2-3-14-05*, 19 décembre 2005, point 10 ; *Riigikohus/3-2-3-10-05*, 26 septembre 2005, point 12 ; *Riigikohus/3-2-3-11-05*, 12 septembre 2005, point 8 ; *Riigikohus/3-2-3-8-05*, 8 juin 2005, point 9.

221 Conseil de l'Europe, CPT (2008), point 119.

222 République tchèque, Code de procédure civile, Loi n° 99/1963 Coll., article 191d, paragraphe 3.

223 Lettonie, Loi relative aux traitements médicaux, 26 février 1998, article 68, paragraphe 9.

224 Conseil de l'Europe, CPT (2009c), point 132.

225 Italie, Loi n° 833/1878, 23 décembre 1978.

226 Conseil de l'Europe, CPT (2010f), point 56.

227 Danemark, Loi consolidée du 1<sup>er</sup> novembre 2006 relative à la contrainte en psychiatrie, n° 1111, article 21, alinéa 2.

228 République tchèque, Code de procédure civile, Loi n° 99/1963 Coll., article 191 e, paragraphe 2.

229 Hongrie, Loi relative aux soins de santé, 15 décembre 1997, article 199, paragraphe 9, et article 200, paragraphe 8.

est une décision médicale, qui doit être immédiatement notifiée au tribunal compétent. Une disposition similaire apparaît en **Grèce**, à l'article 99, paragraphe 1, de la loi n° 2071/1992 et en **Slovénie**, à l'article 71 de la loi n° 77/08 relative à la santé mentale.

En **Allemagne**, il existe plusieurs instruments législatifs qui régissent le placement involontaire et plusieurs dispositions qui concernent la fin des internements forcés. En droit public, les placements involontaires sont arrêtés ou révoqués par le tribunal qui a ordonné le placement. Dans de nombreux *Länder*, le placement prend fin automatiquement lorsqu'il a été ordonné pour une durée limitée et que le tribunal n'a pas prolongé le délai avant son expiration. En droit privé, en ce qui concerne les placements au titre de l'article 1906, paragraphe 3, du Code civil, le curateur doit mettre fin au placement dès que les critères cessent de s'appliquer. Dans ce cas, le curateur informe simplement le tribunal de la fin du placement. Le tribunal ne statue que s'il apprend que le curateur n'a pas respecté son obligation de mettre fin au placement. Le tribunal ne décide de mettre fin à un placement involontaire que s'il a été saisi d'une demande en ce sens.

Dans un autre groupe d'États membres, seules des autorités non médicales peuvent statuer sur la fin d'un placement involontaire. En **Bulgarie** et en **Estonie**, c'est le tribunal qui prend la décision. En **Italie**, lorsque le maire décide d'un placement involontaire, c'est lui qui décide de la fin du traitement médical involontaire et de sa modification<sup>230</sup>. En **France**, l'article L. 3211-12 du Code de la santé publique dispose qu'un juge peut décider à tout moment de mettre fin à un placement involontaire soit sur demande, soit sur la base d'informations qu'il a reçues. En **Autriche**, l'article 31 de la loi répond à une approche similaire<sup>231</sup>.

En somme, indépendamment de l'autorité investie du pouvoir de décision, la législation des États membres de l'UE est conforme à l'article 24, paragraphe 1, de la Rec(2004)10, qui prévoit qu'« Il devrait être mis fin au placement ou au traitement involontaires si l'un des critères justifiant cette mesure n'est plus rempli ».

Cette analyse comparative s'achève par un aperçu des principales garanties procédurales.

## 2.4. Réexamen et recours contre une décision de placement

Les garanties procédurales sont essentielles pour se prémunir contre les abus. Une analyse exhaustive imposerait de décortiquer plusieurs lois organisant les systèmes nationaux de réexamen. Les sections suivantes se concentrent sur deux éléments clés illustrant l'importance qu'accordent les États membres aux garanties procédurales : une aide juridique gratuite et le droit de former un recours contre des décisions de placement et de traitement involontaires.

### 2.4.1. Aide juridique gratuite

Une aide juridique adéquate est le corollaire direct d'un accès effectif à la justice. L'article 47, paragraphe 3, de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne l'affirme clairement, de même, la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme l'a confirmé à maintes reprises<sup>232</sup>. L'article 25, paragraphe 3, de la Rec(2004)10 énonce les obligations des États de fournir une aide juridique dans le cadre d'un réexamen ou d'un recours contre un placement, pour autant que « [l]orsque la personne ne peut agir en son nom propre, elle devrait avoir droit aux services d'un avocat et, conformément au droit national, à une aide juridique gratuite ». Le rapport de 2002 conclut que huit États membres de l'UE-15, soit une petite majorité, offrait une aide juridique aux personnes souffrant de troubles mentaux<sup>233</sup>.

Les conclusions de la FRA montrent que cette obligation existe dans la grande majorité des législations nationales de l'UE qui prévoient une aide juridique gratuite automatique ou sous certaines conditions. En outre, dans plusieurs États membres, des dispositions exhaustives concernant l'aide juridique exigent la désignation automatique d'un avocat (voir, par exemple, les législations en **Belgique, Bulgarie, Hongrie, Pays-Bas** ou **Slovénie**)<sup>234</sup>.

Lorsque la mise à disposition d'une aide juridique gratuite n'est pas automatique, elle est fonction de la capacité de la personne concernée à prendre en charge les frais. À **Chypre**, par exemple, la loi relative aux traitements psychiatriques de 1997 énonce que le tribunal peut, s'il le juge nécessaire et compte tenu de la situation financière du patient, ordonner que les dépenses de

<sup>230</sup> Italie, Loi n° 833/1878, 23 décembre 1978, article 33, paragraphes 3 et 8.

<sup>231</sup> Autriche, Loi relative au placement forcé, BGBl 155/1990, article 31z.

<sup>232</sup> Sur l'aide juridique, voir : FRA (2011b), p. 47 suiv.

<sup>233</sup> Salize, H. J. et al. (2002), p. 35.

<sup>234</sup> Belgique, Loi relative à la protection de la personne des malades mentaux, 26 juin 1990, article 7, paragraphe 1 ; Bulgarie, Loi relative à la santé, article 158, paragraphe 4 ; Hongrie, Loi relative aux soins de santé, 15 décembre 1997, article 201, paragraphe 4 ; Pays-Bas, Loi de 1992 relative aux hôpitaux psychiatriques (placements forcés), article 8, paragraphe 3 ; et Slovénie, Loi n° 77/08 relative à la santé mentale, 28 juillet 2008, articles 31 et 68.

l'avocat et du psychiatre du patient soient couvertes par des fonds publics<sup>235</sup>. De même, en **Pologne**, la loi relative à la protection de la santé mentale ne prévoit pas dans tous les cas une aide juridique gratuite pour la personne concernée. La loi précise, toutefois, que si le tribunal estime que les services d'un avocat sont nécessaires, il est autorisé à octroyer une aide juridique gratuite<sup>236</sup>.

Dans d'autres pays, la gratuité de l'aide juridique est accordée selon la manière dont le représentant légal de la personne faisant l'objet d'un placement involontaire a été choisi – par la personne elle-même, ou bien désigné par l'État. C'est le cas au **Danemark** et en **République tchèque**, où l'État assume les frais de représentation lorsque les avocats ont été nommés par le tribunal, mais il ne les assume pas lorsque la personne a choisi son propre représentant<sup>237</sup>. Une réglementation similaire existe en **Irlande**<sup>238</sup>, en **Lettonie**<sup>239</sup> et en **Lituanie**<sup>240</sup>, où une personne bénéficie d'une aide juridique gratuite pour autant qu'elle n'ait pas de représentant légal.

#### 2.4.2. Réexamen et recours concernant la légalité d'un placement et/ou d'un traitement involontaires

L'article 25 de la Rec(2004)10 impose aux États membres de l'UE de s'assurer que les personnes qui font l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires peuvent : former un recours contre une décision ; obtenir d'un tribunal le réexamen, à intervalles raisonnables, de la légalité de la mesure ou de son maintien – que ce soit la personne, son représentant ou son avocat qui demande un tel réexamen ; et être entendues en personne ou par l'intermédiaire d'une personne de confiance ou d'un représentant, lors des procédures de réexamen ou d'appel. Le rapport de 2002 a analysé cet aspect au regard du droit de recours et a conclu que tous les États membres de l'UE-15 prévoyaient ces garanties procédurales.

La législation nationale relative à la santé mentale prévoit une voie de recours contre une décision de placement involontaire dans la grande majorité des États membres. Au **Luxembourg**, les patients peuvent faire appel de leur placement à tout moment en demandant

leur sortie devant le tribunal de l'arrondissement dans lequel l'établissement est situé. D'autres parties intéressées peuvent également former un recours devant le tribunal<sup>241</sup>. En droit **néerlandais**, un « patient » peut demander à un juge (en cas de placement involontaire) ou à une commission des plaintes (en cas de traitement involontaire) de mettre fin au placement ou au traitement. La décision du juge et de la commission des plaintes peut être contestée par le patient devant une instance supérieure<sup>242</sup>.

Dans plusieurs États membres, la législation nationale fixe un délai dans lequel le recours doit être formé. Souvent, cette disposition est assortie d'une précision concernant la rapidité avec laquelle l'instance de recours doit rendre sa décision sur la légalité de l'injonction de placement. En **Espagne**, par exemple, une procédure d'*habeas corpus* peut être engagée devant le juge compétent pour le territoire dans lequel se situe l'établissement médical, afin de contester la légalité d'une privation de liberté consécutive à un placement involontaire dans un hôpital psychiatrique public. Le juge doit rendre sa décision dans les 24 heures. La reconnaissance de l'*habeas corpus* n'implique toutefois pas nécessairement l'annulation de la mesure, mais peut entraîner le déplacement du patient vers un autre établissement médical plus approprié.

Dans la quasi-totalité des États membres de l'UE, la loi contient des dispositions spécifiques afin que la légalité de la mesure, ou son maintien, soit réexaminée par un tribunal à intervalles raisonnables. En **Irlande**, des tribunaux de la santé mentale réexaminent les injonctions de placement. Ces réexamens concernent tous les cas dans lesquels une décision de placement involontaire d'une personne est prise ou lorsqu'une ordonnance de placement involontaire est renouvelée. L'article 18, paragraphe 1, point a), de la loi de 2001 relative à la santé mentale dispose que si le tribunal considère que le patient souffre d'un trouble mental, il peut confirmer l'ordonnance. Dans le cas contraire, en vertu de l'article 18, paragraphe 1, point b), le tribunal peut révoquer l'ordonnance et ordonner la sortie du patient. En **Grèce**, l'article 99, paragraphe 2, de la loi n° 2071/1992 prévoit qu'un traitement involontaire ne peut excéder six mois. La nécessité du traitement involontaire est réexaminée à l'issue des trois premiers mois par le ministère public, qui reçoit une nouvelle évaluation psychiatrique du patient. Sur la base de cette évaluation, le ministère public peut demander au tribunal de première instance de poursuivre le traitement involontaire ou d'y mettre fin.

235 Chypre, Loi n° 77 de 1997 concernant la création et le fonctionnement d'établissements psychiatriques pour les malades mentaux, la garantie des droits de ces personnes et la détermination des devoirs et des responsabilités des membres de leur famille, article 10, paragraphe 1, point h).

236 Pologne, Loi relative à la protection de la santé mentale, article 48.

237 République tchèque, Code de procédure civile, Loi n° 99/1963 Coll., article 191g ; Danemark, Loi relative à l'administration de la justice, article 470, alinéa 2.

238 Irlande, Loi de 2001 relative à la santé mentale, 1<sup>er</sup> novembre 2006, article 17, paragraphe 1, point b).

239 Lettonie, Loi relative aux traitements médicaux, 26 février 1998, article 68, paragraphe 7, et article 68.

240 Lituanie, Loi relative aux soins psychiatriques de 1995, n° I-924, modifiée en 2005, article 28.

241 Luxembourg, Loi relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, 10 décembre 2009, article 30.

242 Pays-Bas, Loi de 1992 relative aux hôpitaux psychiatriques (placements forcés).



La régularité des réexamens prévus par la loi varie considérablement selon les États membres. Indépendamment des procédures de réexamen, la plupart des cadres juridiques prévoient une possibilité de suspension immédiate des mesures en cas de modification de la situation. Ensuite, le premier réexamen d'une mesure de placement ou de traitement involontaires intervient à bref délai. Dès que le réexamen initial a confirmé la mesure de placement, un délai de réexamen à intervalles réguliers est prévu. Les réexamens des mesures de placement ont lieu régulièrement tous les trois mois (**Bulgarie**<sup>243</sup>, **Portugal**<sup>244</sup>), tous les six mois (**Finlande**<sup>245</sup>, **France**<sup>246</sup>, **Lettonie**<sup>247</sup>, **Lituanie**<sup>248</sup>), après un an (**Estonie**<sup>249</sup>, **Slovénie**<sup>250</sup>), voire après deux ans (**Belgique**<sup>251</sup> et **Luxembourg**<sup>252</sup>).

Cette analyse n'a mis en évidence que certaines des principales garanties procédurales instaurées par la législation des États membres. Elles sont capitales dans la mesure où elles limitent la contrainte à ce qui est strictement nécessaire.

Ce chapitre a analysé les cadres juridiques des 27 États membres de l'UE en matière de placement et de traitement involontaires. Il a mis en évidence le fait que les normes existantes relatives aux procédures d'évaluation et de décision en matière de placement et de traitement involontaires se reflètent à des degrés divers dans les garanties procédurales instaurées par les États membres. Le chapitre suivant abordera les expériences des personnes souffrant de troubles mentaux ayant fait l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires, d'une mesure d'isolement ou de contention et qui contestent la légalité de leur détention. Ces expériences individuelles ont été recueillies dans le cadre de la recherche de terrain menée par la FRA dans neuf États membres de l'UE et n'ont pas pour ambition d'être représentatives de la situation actuelle, que ce soit dans chacun des États membres ou dans l'UE dans son ensemble.

243 Bulgarie, Loi relative à la santé, 1<sup>er</sup> janvier 2005, article 164, paragraphe 3.

244 Portugal, Loi relative à la santé mentale n° 36/98, 11 juillet 2002, article 35.

245 Finlande, Loi relative à la santé mentale.

246 France, Code de la santé publique, article L 3211-2-1.

247 Lettonie, Loi relative aux traitements médicaux, 26 février 1998.

248 Lituanie, Loi relative aux soins psychiatriques de 1995, n° I-924, modifiée en 2005, article 28.

249 Estonie, Code de procédure civile, 20 avril 2005, article 539, paragraphe 1.

250 Slovénie, Loi relative à la santé mentale n° 77/08, 28 juillet 2008, article 70, paragraphe 3.

251 Belgique, Loi relative à la protection de la personne des malades mentaux, 26 juin 1990, article 14.

252 Luxembourg, Loi relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, 10 décembre 2009.



# 3

## Récits personnels – données recueillies dans le cadre de l'enquête de terrain

Afin de comprendre en profondeur les questions complexes que sont le placement involontaire et le traitement involontaire, il est nécessaire d'intégrer les expériences vécues par les personnes concernées dans la vue d'ensemble. Dans cet esprit, la FRA a mené une enquête de terrain approfondie et qualitative auprès de personnes souffrant de troubles mentaux et de certaines parties prenantes possédant une expérience et une expertise pertinentes<sup>253</sup>. Cette recherche fournit un aperçu de l'expérience des personnes handicapées qui vivent de manière autonome et participent à la vie de la communauté. L'enquête a couvert un large éventail de questions, qui sont présentées dans le rapport de la FRA sur les expériences de personnes handicapées intellectuelles et de personnes souffrant de troubles mentaux dans neuf États membres de l'UE intitulé « Choix et contrôle : le droit à une vie autonome » (*Choice and control : the right to independent living – Experiences of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems in nine EU Member States*).

Ce chapitre s'appuie sur les résultats de cette enquête et se concentre sur les expériences vécues par des personnes souffrant de troubles mentaux en matière de placement et de traitement involontaires. Les personnes handicapées mentales interrogées dans le cadre de la recherche ont fait également l'expérience des institutions, souvent pendant de longues périodes et n'avaient apparemment guère eu le choix quant à

leur placement. Toutefois leur placement en institution n'impliquait pas un traitement involontaire. En outre, les dispositions et les normes juridiques dont il a été question dans les sections précédentes de ce rapport, s'appliquent essentiellement aux personnes souffrant de troubles mentaux, ce qui rend leur expérience plus pertinente dans ce contexte.

Le travail de terrain a pris la forme d'entretiens individuels semi-structurés et d'entretiens de groupe avec 115 personnes souffrant de troubles mentaux dans neuf États membres de l'UE (Allemagne, Bulgarie, France, Grèce, Hongrie, Lettonie, Roumanie, Royaume-Uni et Suède) et a eu lieu entre novembre 2010 et juillet 2011. Des entretiens de groupe supplémentaires ont été réalisés dans chaque État membre de l'UE avec des parties prenantes triées sur le volet et possédant l'expertise et l'expérience pertinentes en ce qui concerne les personnes souffrant de troubles mentaux, tels que des représentants d'organisations ou d'instances s'intéressant aux sujets étudiés. Les organisations représentées variaient selon les États membres et, dans la mesure du possible, comprenaient un représentant d'une organisation ou d'un groupe d'utilisateurs, des représentants des services publics, des bureaux des médiateurs ou d'instituts nationaux des droits de l'homme ainsi que des représentants d'organisations professionnelles pertinentes, comme des psychiatres et des travailleurs sociaux. Les premiers résultats de l'enquête de terrain ont été discutés lors d'une réunion de deux jours consacrée à l'évaluation par des pairs à Vienne, par des organisations et des groupes représentant des personnes souffrant de troubles mentaux et de personnes atteintes d'un handicap intellectuel des États membres couverts par la recherche.

<sup>253</sup> L'enquête de terrain a été menée pour la FRA par des chercheurs dans chacun des neuf États membres qui ont fait l'objet de la recherche : Petra Gromann (Allemagne), Slavka Kukova (Bulgarie), Dominique Velche (France), Maria Mousmouti (Grèce), Tamas Gyulavári (Hongrie), Ieva Leimane-Veldmeijere (Lettonie), Georgiana Pascu (Roumanie), Sarah Woodin (Royaume-Uni) et Rafael Lindqvist (Suède). Pour des informations plus détaillées sur la méthodologie et le consortium de recherche du projet de la FRA « Les droits fondamentaux des personnes souffrant de troubles mentaux et des personnes handicapées mentales », et une analyse des défis et des limites méthodologiques, voir : FRA (2012).

Le caractère qualitatif de la recherche a nécessité la sélection d'un échantillon restreint d'individus, dont le but n'était pas d'être représentatif de l'ensemble de la population de personnes souffrant de troubles mentaux. En outre, aucun des répondants n'était en séjour de longue durée dans un établissement au moment de l'entretien. Tous les événements relatés concernant ces établissements ont eu lieu dans le passé et un grand nombre d'entre eux s'est déroulé il y a plusieurs dizaines d'années.

Les sections suivantes offrent un aperçu des réponses des personnes interrogées. Elles ne sont pas en adéquation parfaite avec l'analyse juridique antérieure de ce rapport, parce que les répondants ne classent pas leur expérience de cette façon. Néanmoins, les participants ont abordé bon nombre de problèmes juridiques essentiels discutés précédemment, tout en relatant leur expérience sur des aspects tels que le placement et le traitement involontaires, la consultation et le consentement éclairé, l'isolement et la contention, ainsi que la contestation de la légalité d'un placement et d'un traitement involontaires. Leurs réponses permettent de situer le cadre juridique en donnant une vision de l'intérieur de la façon dont le système juridique affecte les personnes dans la pratique et en fournissant des indications sur la manière dont les garanties procédurales pourraient encore être renforcées.

### 3.1. Placement involontaire

La plupart des répondants souffrant de troubles mentaux ont relaté une expérience – souvent involontaire – de la vie ou d'un traitement en institution, qu'il s'agisse de foyers d'accueil de longue durée ou d'établissements psychiatriques. En Allemagne et en Hongrie, tous les répondants avaient passé de longues périodes dans des hôpitaux psychiatriques. En Bulgarie, en France, en Grèce, en Lettonie, en Roumanie et au Royaume-Uni, plus de la moitié des personnes interrogées ont fait l'expérience d'une façon ou d'une autre de la vie en institution. Une partie des expériences rapportées étaient récentes, mais d'autres faisaient référence à des événements survenus il y a plusieurs décennies et qui ne reflètent pas nécessairement la situation actuelle.

#### 3.1.1. Expériences de placement involontaire

Fréquemment, le placement involontaire des répondants est relaté comme ayant été une expérience négative et effrayante accompagné d'un sentiment d'absence de contrôle sur la situation. D'autres répondants se sont plaints du manque d'informations et d'une atmosphère violente. Ils sont peu à avoir gardé le souvenir d'une expérience positive. Toutefois, il est possible que cela traduise le fait qu'une grande partie des témoignages concerne le moment du placement forcé plutôt que la période de l'hospitalisation dans son ensemble. Les répondants ont également évoqué des placements volontaires et indiqué qu'ils jugeaient parfois qu'un placement était utile et nécessaire, pour autant qu'ils puissent participer au processus décisionnel concernant leur traitement.

Les personnes interrogées ont décrit leur placement involontaire comme une expérience traumatisante, dans laquelle ils se sentaient enfermés dans une « machine » qu'ils ne pouvaient ni influencer ni arrêter :

*« Il a suffi d'un mot contre ma mère, et la machine s'est déjà mise en marche et je n'avais tout simplement aucune chance. »*

*(Homme, 56 ans, Allemagne)*

D'autres répondants se sont fait l'écho de ce sentiment d'absence de contrôle. Une femme, aujourd'hui âgée de 55 ans, a raconté comment elle a été emmenée dans un établissement psychiatrique à 28 ans par son père, sa sœur et un psychiatre ami de la famille, avait immédiatement reçu une injection et avait été enfermée dans une chambre d'isolement. Elle s'est souvenue que l'absence d'explication ou de discussion sur ce qui se passait et sur les motifs des différentes mesures prises ont aggravé sa peur et sa confusion.

D'autres ont également évoqué l'absence d'informations. Interrogée sur la question de savoir si elle avait été informée de ses droits au moment du placement involontaire, une femme a répondu :

*« Absolument pas. Ça c'est le grand reproche que je fais. [...] La façon dont le psychiatre me traitait était comme une camisole de force. [...] C'est menaçant quand même. Le psychiatre était menaçant. »*

*(Femme, 65 ans, France)*



En Lettonie, plusieurs répondants ont déclaré n'avoir reçu aucune explication sur l'endroit où on les emmenait sur le trajet vers l'hôpital psychiatrique.

Les répondants font état d'une atmosphère violente et d'un manque d'informations :

*« C'était une violence extraordinaire. [...] j'étais vraiment anéantie et révoltée [...] on ne m'a pas laissé le choix et on ne m'a rien dit [...] Je dirais que c'était comme] une arrestation. [...] Et je n'aimais pas mon psychiatre comme il voulait me traiter, mais je voulais la liberté. »*

(Femme, 65 ans, France)

Néanmoins, certains répondants ont exprimé que, rétrospectivement, leur placement involontaire était peut-être nécessaire et l'un d'eux a déclaré qu'une telle mesure était, en principe, recommandable. Il a toutefois fait valoir que certains placements auraient pu être évités dans son parcours psychiatrique :

*« Le juge était là, et toute la chose a atterri deux ou trois fois à la police, j'ai certainement connu suffisamment les mesures de contrainte, mais en y réfléchissant avec du recul, je ne me contrôlais plus. Mais mes antécédents – s'ils avaient regardé de plus près, je n'aurais pas fini en clinique dans ces circonstances. »*

(Homme, Allemagne)

## Être consulté et écouté

Quelques répondants ont exprimé qu'ils avaient été consultés ou que leur avis avait été pris en compte, soit avant le placement involontaire, soit pendant la procédure de placement. En Roumanie, certains ont déclaré qu'on leur avait récemment demandé de signer un document imprimé en très petits caractères lors de l'admission, mais qu'ils n'avaient pas reçu beaucoup d'informations sur son contenu. Plusieurs répondants ont fait remarquer que le personnel médical ne faisait pas de différence entre un consentement au placement et un consentement à un traitement médical.

Certaines personnes interrogées se rappellent avoir été internées contre leur volonté par leur propre famille. Une femme a décrit sa première hospitalisation en 1996, alors qu'elle avait 50 ans. Sans discuter au préalable d'une éventuelle hospitalisation avec elle, son mari et sa fille l'ont conduite dans un établissement psychiatrique pour voir un médecin :

*« [Ce n'était] Pas volontaire du tout ! Alors ça été difficile. J'ai l'impression d'entonnoir. Je pense que ce sont les médecins qui ont demandé la famille. Donc, j'ai eu l'impression qu'on m'engloutissait dans un entonnoir et je me suis retrouvé devant le psychiatre qui m'a dit : "vous donnez vos clés de voiture à votre fille et vous, je vous hospitalise". »*

(Femme, 65 ans, France)

Une autre a expliqué :

*« En 2002, j'ai été hospitalisée à [...] [hôpital public]. Ma mère et mon beau-père ont demandé une injonction au tribunal pour me faire interner. J'ai réagi à leur décision. En 2004, j'ai été hospitalisée volontairement parce que mon état s'était détérioré. »*

(Grèce)

Être dûment consulté est considéré comme un élément particulièrement important, étant donné que la personne placée a peu de pouvoir pour influencer son placement :

*« Un grand nombre de personnes qui nous soignent et nous accompagnent tout au long de notre chemin ne sont pas totalement conscientes de l'importance du pouvoir et de l'impuissance dans les relations. Les professionnels abusent souvent de leur identité de rôle pour étouffer les objections ou les peurs des patients, aussi justifiées soient-elles. »*

(Allemagne)

En revanche, l'expérience du placement était beaucoup plus positive dès lors que le traitement par le personnel était bon et que des informations adéquates ont été fournies, et cela dès le départ. Un homme de 22 ans, hospitalisé en Lettonie, a déclaré qu'en arrivant à l'hôpital, il ne voulait pas y rester, mais, ayant été bien traité au service des admissions et ayant reçu des explications par le personnel sur les motifs et le lieu de son placement, il a fini par signer le formulaire de consentement.

### 3.1.2. Expériences de placements « volontaires » sans choix ni contrôle

Les répondants ignorent souvent qu'il existe des moyens de contester leur hospitalisation, notamment le droit de refuser d'être admis comme patients hospitalisés. Ces expériences ont été rapportées par des personnes interrogées en Hongrie et par un certain nombre de répondants en Lettonie qui avaient été hospitalisés après 2004, ce qui suggère que ce problème persiste. Cette situation soulève des questions sur le degré réel de choix lorsqu'un placement est techniquement volontaire, mais que, dans la pratique, le choix ou la possibilité de le refuser est faible.

La méconnaissance des possibilités de refuser un placement ou de le contester résultait souvent de l'absence d'informations accessibles. Comme l'explique une femme qui n'a pas su pendant un certain temps qu'elle était à l'hôpital et qu'elle recevait un traitement sans son consentement :

*« Personne ne m'a dit où j'étais, ni pourquoi j'y étais, je ne savais absolument rien. Et j'ai passé presque un an dans cet hôpital. »*

*(Femme, 47 ans, Lettonie)*

Outre le fait de recevoir des informations au moment de leur admission, certains répondants du Royaume-Uni ont suggéré qu'il aurait été utile, lorsque les patients sont plus stables émotionnellement, une semaine environ après l'admission, que quelqu'un prenne le temps de leur expliquer clairement ce qui se passait, leur donner les raisons de leur placement, et de leur rappeler leurs droits, dont le droit de refuser de donner leur consentement.

Tous les répondants roumains auxquels un consentement avait été demandé l'ont donné. Pourtant, la plupart d'entre eux ont déclaré que cette demande n'a pas été faite à l'admission. Les répondants ne se souvenaient généralement plus d'avoir reçu lors de la demande des informations ou des explications compréhensibles sur de ce que cela signifiait ou sur la possibilité de s'opposer à ce qui leur arrivait.

Plusieurs répondants d'autres pays ont déclaré que leur médecin insistait pour qu'ils signent des formulaires de consentement, en les avertissant qu'un refus pourrait aboutir à l'échec des actions en justice ou à des procédures judiciaires potentiellement dommageables. Faisant référence à un placement en 2009, un répondant a déclaré :

*« On m'a donné le choix entre accepter, signer et passer un peu de temps ici en prenant des médicaments, ou rester jusqu'à l'audience du tribunal et prendre des médicaments de toute façon, pour qu'ensuite le tribunal m'ordonne de rester et d'être traité avec des médicaments. J'ai choisi le moindre mal. »*

*(Homme, 23 ans, Lettonie)*

### 3.1.3. Possibilités d'exercer un choix et un contrôle sur un séjour à l'hôpital ou dans d'autres établissements

Les répondants sont partagés sur la question de savoir si le séjour à l'hôpital leur a été bénéfique. Bon nombre de répondants avaient un avis extrêmement négatif sur les hôpitaux psychiatriques et ont clairement indiqué qu'ils ne choisiraient pas d'y retourner. Ces points de vue étaient souvent liés à leurs expériences antérieures en hôpital psychiatrique, qui les avaient convaincus que ces séjours étaient plus préjudiciables qu'utiles à un rétablissement. Selon une femme qui a fait l'objet d'un nouveau placement involontaire un an après avoir volontairement décidé de suivre un traitement dans un hôpital psychiatrique :

*« Je [...] savais qu'il n'y avait rien de bon à en attendre. J'ai détesté y être et je ne voulais pas retourner dans cet hôpital. »*

*(Femme, 53 ans, Lettonie)*

De même, des répondants bulgares ont eu diverses expériences dans des hôpitaux, mais aucun ne voulait être placé une nouvelle fois.

D'autres personnes ont évoqué des périodes d'hospitalisation qui – notamment avec le recul – leur semblaient avoir été nécessaires. Elles ont déclaré avoir parfois besoin de soins en milieu hospitalier, mais ne pas les avoir toujours reçus. Une femme a expliqué qu'elle avait éprouvé des difficultés à se faire admettre de son plein gré à l'hôpital alors qu'elle sentait que c'était essentiel. Elle décrit ainsi sa visite à l'hôpital et sa demande d'admission :



*« Si vous ne pouvez pas m'hospitaliser, je vais détruire ma famille. Je ne peux pas rester chez moi. Ils m'ont alors administré un traitement médicamenteux considérable et je suis devenue complètement dingue. Je voulais parler à quelqu'un ! Alors j'ai pensé, je dois me battre pour moi-même [...]. Si vous ne me laissez pas entrer, je vais me procurer un grand couteau, je vais aller au parc public et je vais crier. [...] Je n'avais jamais été violente, ni menacé personne, mais je pensais qu'il fallait que je proteste et que je me fasse entendre. Ils m'ont alors proposé d'aller à l'hôpital [...], dans un service de soins forcés, en dépit du fait que j'étais venue de ma propre initiative. »*

(Femme, Suède)

Lorsque les hospitalisations étaient volontaires et que les personnes pouvaient clairement faire des choix et décider de leur traitement, leur attitude envers un traitement en milieu hospitalier était positive :

*« J'ai une clinique formidable, je peux y aller tout simplement en cas d'urgence et m'y sens très bien. »*

(Femme, 50 ans, Allemagne)

À ce sujet, les répondants ont recommandé que les personnes puissent avoir plus de choix quant aux services vers lesquels ils peuvent se tourner en cas de crise. Les répondants du Royaume-Uni ont suggéré une réforme du système de soutien en cas de crise pour inclure un lieu de séjour de courte durée – « une seconde maison » – où l'on pourrait faire une pause tout en restant en communauté, plutôt que d'être automatiquement hospitalisé. Les répondants qui n'ont pas eu accès à de tels services sont nombreux – ce qui peut influencer l'idée qu'ont certains d'avoir besoin de passer un moment à l'hôpital de temps à autre.

Certaines personnes interrogées ont souligné qu'une communication claire lors d'une admission à l'hôpital, fournissant des informations et des explications détaillées améliorerait probablement le sentiment de la personne de pouvoir choisir et de contrôler ce qui lui arrive, tout en réduisant l'anxiété et la peur associées à un placement et en atténuant la nécessité de recourir à un placement involontaire.

## 3.2. Traitement involontaire

Certains répondants ont fait l'expérience d'un traitement involontaire pendant un laps de temps considérable. En règle générale, les expériences de traitement forcé ou sans consentement se font dans le cadre du milieu hospitalier. Cet aspect sera abordé dans la Section 3.2.1.

En France, au Royaume-Uni et en Suède, une personne peut être autorisée à quitter l'hôpital sous certaines conditions. Le respect de ces conditions est impératif pour rester en traitement ambulatoire et vivre dans la communauté. Deux répondants du Royaume-Uni ont vécu cette expérience, qui sera discutée à la Section 3.2.2.

Dans leur grande majorité, les répondants avaient un avis négatif sur le traitement involontaire. Toutefois, leurs points de vue sur le traitement psychiatrique médical – y compris à l'hôpital – étaient plus équilibrés, une série de répondants expliquant que les médicaments peuvent être utiles et qu'ils étaient consentants à en prendre, à condition que les options thérapeutiques soient discutées avec eux et que des solutions alternatives leur soient présentées. Une analyse plus poussée de leurs réponses concernant le traitement volontaire est disponible dans le rapport de la FRA sur les expériences de personnes handicapées intellectuelles et de personnes souffrant de troubles mentaux dans neuf États membres de l'UE intitulé « Choix et contrôle : le droit à une vie autonome » (*Choice and control : the right to independent living – Experiences of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems in nine EU Member States*).

### 3.2.1. Traitement involontaire en milieu hospitalier

Dans chacun des neuf pays étudiés, une partie des répondants de l'enquête ont connu un traitement forcé ou involontaire en milieu hospitalier. Tous ont estimé qu'il s'agissait d'une expérience effrayante et humiliante, mais quelques-uns ont déclaré qu'ils reconnaissent rétrospectivement la nécessité du traitement. S'ils résistaient, les répondants ont indiqué que la force et des mesures de contention étaient utilisées :

*« Je frappais sur la fenêtre et j'étais prête à sauter. Deux gardes m'ont maîtrisée, se sont assis sur moi et m'ont fait une injection. En tout, quatre hommes m'ont forcée à me mettre au lit. C'était extrêmement humiliant. »*

(Femme, Suède)

Les types de traitement forcé rapportés étaient variés, et il a été question de l'administration de sédatifs ou autres médicaments, ainsi que de la thérapie électroconvulsive (TEC) :

*« Ils m'ont probablement fait une injection dans la main, mais je ne m'en souviens plus maintenant et je me suis directement endormi ; mes yeux se fermaient. Juste après, ils m'ont administré des électrochocs sans que je le sache. Je l'ai appris plus tard. Ils ont détruit ma vie. »*

*(Homme, Grèce)*

*« Dans la bouche et avalé avec de l'eau. Si vous ne le prenez pas comme ça, ils vous l'injecteront, point final. »*

*(Homme, 47 ans, Lettonie)*

Dans plusieurs cas, les personnes interrogées se demandaient si le traitement administré était adapté à leur état. Plusieurs répondants hongrois, par exemple, ont indiqué que, quels que soient les symptômes ou le diagnostic, ils étaient soumis à de fortes doses de sédatifs pendant les premiers jours suivant leur admission.

Les personnes interrogées ont reconnu que le fait d'avoir subi un traitement involontaire avait souvent eu des effets à long terme sur leur personnalité, leur style de vie et leur vie sociale après leur sortie de l'hôpital :

*« On ne m'a rien expliqué du tout. J'ai eu des injections tout de suite de neuroleptiques immédiatement, je suis montée, le psychiatre est monté, et immédiatement "toc". Après, après il n'y a plus personne. Après vous tombez par terre parce que ça vous jette par terre. Vous êtes anéantie. Et ça je vis vraiment très très très mal. [...] Je sentais bien que je n'étais plus la même, mais pour moi c'était la maladie. Je me suis dit : "je suis malade puisqu'ils m'ont hospitalisée. [...] Donc c'est la maladie". Et un jour, j'ai eu une collègue qui me dit : "arrête ton traitement, tu es plus la même, on ne reconnaît plus". Et là, ça a fait "tilt". Je me suis dit : "après tout oui, je devrais essayer d'arrêter". Et là, j'ai retrouvé une sensibilité, j'ai retrouvé mon goût de travailler parce que je n'avais aucun goût au travail. J'étais schizophrène un peu. Voilà, le traitement [...] me rendait schizophrène. »*

*(Femme, 65 ans, France)*

En cas de traitement volontaire, certains répondants ont fait état d'expériences positives durant leur séjour en hôpital psychiatrique :

*« À l'hôpital, on ne m'a jamais forcé. »*

*(Grèce)*

En outre, quelques répondants ont reconnu les avantages potentiels des médicaments psychotropes en général :

*« C'est une question difficile, parce que certains patients peuvent se passer de médicaments et, parfois, je pense que si je n'avais jamais pris de médicaments, j'aurais été bien. Mais, avec du recul, il y a beaucoup de science derrière tout ça et tant que les effets secondaires ne sont pas trop pénibles, ça m'est égal d'en prendre. [...] Je sais que les médicaments aident, ils ne guérissent pas, mais c'est une aide, une assistance. »*

*(Homme, 44 ans, Royaume-Uni)*

*« J'accepte de prendre mes médicaments parce que je sais que c'est bon pour moi. »*

*(Grèce)*

## Consentement éclairé

Dans la plupart des pays, les répondants ont décrit que leur traitement a été administré sans leur consentement éclairé. D'autres ont déclaré ne pas avoir eu l'occasion de discuter de leur traitement avec un médecin. En Bulgarie, certains répondants ont affirmé qu'on ne leur avait pas demandé de signer des formulaires de consentement à un traitement, même si parfois, leurs proches avaient été invités à le faire. Il est arrivé que des personnes soient hospitalisées contre leur volonté et qu'on leur demande ensuite de signer un formulaire de consentement afin d'éviter de futures actions en justice :

*« Cela m'est arrivé plusieurs fois – lorsque j'ai une crise, mes proches m'emmènent chez le médecin, le généraliste décide que j'ai besoin d'être hospitalisée et je suis admise à l'hôpital. Par exemple, je suis maniaque-dépressive et je ne suis pas d'accord avec le placement. Quand je suis à l'hôpital, je reçois des piqûres et quand je suis un peu plus calme, j'ai les idées plus claires et on me fait signer un document pour confirmer que je suis hospitalisée volontairement afin d'éviter des actions en justice et des poursuites maladroites [...]. Les médecins eux-mêmes m'ont dit : "Vous avez été hospitalisée de toute façon, alors plutôt que d'intenter une action en justice, signez ce document". »*

*(Femme, 51 ans, Bulgarie)*

Plusieurs répondants ont expliqué ne pas avoir eu l'occasion de discuter de leur traitement ou de solutions alternatives éventuelles et ont déclaré qu'on ne leur avait pas demandé leur consentement au traitement :

*« Je ne pouvais pas choisir. Le médecin a pris les décisions pour moi. Ce n'est pas comme s'ils me rappelaient et me disent ces médicaments ne vous conviennent pas, nous utiliserons ceux-là à la place. Ça n'a jamais été comme ça. »*

*(Lettonie)*

« J'ai eu deux crises, la première en 2000 et la seconde en 2005. Personne ne m'a rien demandé, ils ont parlé à ma mère et elle a donné son accord et a signé le document, mais personne ne m'a expliqué ce qu'était exactement la thérapie électroconvulsive. Au départ, j'ai pensé que c'était l'anesthésie qui aidait les médicaments à atteindre toutes les parties du corps, mais après j'ai compris que ce n'était pas cela. »

(Femme, 29 ans, Bulgarie)

« Le problème était que rien n'a été discuté avec moi. [...] Le médecin a dit que si mon état ne s'améliorait pas, j'allais recevoir trois piqûres par jour. [...] Il était tout simplement impossible de discuter avec le médecin pour lui dire que je préférerais prendre des comprimés, alors elle aurait pu dire qu'on allait essayer les pilules ou demander si j'étais d'accord ou ce que nous allions faire. Donc, nous n'avons pas eu ce genre de relation médecin-patient, mais elle s'est contentée de donner des instructions sans fondement, du style "ce sera une piqûre, point final". J'avais vraiment peur. »

(Femme, 36 ans, Hongrie)

En Allemagne, des parties prenantes ont suggéré des solutions pour qu'un consentement éclairé soit donné avant le début du traitement. Elles préconisaient une campagne publique en faveur d'accords de traitement volontaire avec des hôpitaux psychiatriques régionaux qui seraient discutés avec les personnes souffrant de troubles mentaux, ceci, pendant des périodes où leur état mental est bon. Les parents et les organisations de membres des familles ont également indiqué qu'un service régional d'intervention accessible 24 heures sur 24 en cas de crise serait un premier pas vers une réduction des traitements forcés.

## Communication et explication du traitement

Les répondants ont souvent associé l'humiliation et la peur liée au traitement forcé avec l'absence d'explications concernant leur traitement et ses effets secondaires éventuels :

« Lorsqu'on vous donne vos médicaments, personne ne vous dit exactement ce que c'est. On vous donne quatre ou cinq comprimés. Personne ne vous explique quoi que ce soit. »

(Homme, 47 ans, Bulgarie)

« Quand vous êtes hospitalisé, personne ne vous informe sur les médicaments et leurs effets secondaires. »

(Grèce)

Interviewer : « Avez-vous été informée des effets secondaires ou des conséquences éventuelles des médicaments ? »

Femme : « Pas du tout, [...], absolument pas. Comment dire ? J'étais vraiment mal, parce que parfois, je souffrais tellement d'incontinence, que pouvais à peine aller aux toilettes à temps. »

(Femme, 36 ans, Hongrie)

« Ils ont décidé d'un traitement. Vous leur dites que ce qu'ils vous font ça ne vous va pas parce que cela vous fait grossir, ça vous fait baver et ça vous rend agitée. [Ils disent], ah bon, parlons d'autre chose. »

(Femme, France)

Les répondants ont associé le fait de ne pas recevoir d'information ou de ne pas avoir la possibilité de poser des questions sur le traitement et ses effets secondaires à de l'indifférence vis-à-vis du point de vue du patient :

« Je me sentais totalement à leur merci. »

(Homme, 66 ans, Allemagne)

« Il n'y a personne qui prête attention au patient. »

(Femme, Suède)

Plusieurs répondants ont déclaré qu'ils avaient découvert le diagnostic et le traitement non pas par des médecins, mais grâce à différentes sources. En Lettonie, par exemple, une femme a découvert qu'elle souffrait de schizophrénie paranoïde en regardant les documents sur le bureau de son médecin alors que ce dernier était absent de la pièce. Une autre personne a indiqué que la plupart des informations provenaient des patients plutôt que du personnel médical. Plusieurs autres ont été informées de leur diagnostic à l'hôpital, toutefois sans recevoir d'explications. En Lettonie, la situation semble toutefois s'améliorer : en majorité, les personnes interrogées qui ont été hospitalisées ces cinq dernières années avaient été informées de leur diagnostic par des médecins. En Grèce, un grand nombre de répondants ont dit ne pas avoir été informés de leur diagnostic.

L'absence d'informations et de communication sur le traitement semble faire partie d'un fossé plus large dans les efforts de communication avec les patients placés dans des hôpitaux psychiatriques. Une fois ce fossé comblé, les patients auraient la possibilité d'avoir davantage de contrôle sur leur vie, notamment en ce qui concerne le choix de leur traitement. En Lettonie et en Suède, les parties prenantes affirment que les personnes atteintes de troubles mentaux ne sont généralement pas informées de leur diagnostic. En Suède, lors d'un entretien de groupe, un psychiatre a

fait remarquer que la contrainte est utilisée plus souvent que la communication, essentiellement en raison des contraintes de temps auxquelles le personnel fait face. En Allemagne, les participants ont suggéré que la communication commence avant qu'une personne ne soit admise à l'hôpital et lorsque son état est stable.

### 3.2.2. Traitement involontaire dans la communauté

En France, au Royaume-Uni et en Suède, une personne peut mettre fin à son traitement psychiatrique en milieu fermé sous certaines conditions. Par exemple, au Royaume-Uni, les conditions peuvent être de se rendre dans une clinique pour un suivi médical régulier, de ne pas boire d'alcool et d'éviter certaines activités ou situations jugées susceptibles d'affecter la santé mentale de la personne.

Peu avant d'être interrogés, deux répondants du Royaume-Uni ont reçu des injonctions de traitement en milieu communautaire (*Community treatment orders*, CTO). Le premier a compris que l'injonction lui imposait de prendre les médicaments prescrits pour pouvoir sortir de l'hôpital. Ceci a estompé la distinction entre traitement volontaire et involontaire, étant donné que son aversion profonde envers un nouveau séjour à l'hôpital ne lui a pas laissé beaucoup le choix de prendre ou non ses médicaments :

*« Je n'apprécie pas l'idée d'être contraint de faire quelque chose, parce que si je n'avais pas pris mes médicaments, j'aurais été ré-hospitalisé. »*

(Homme, 44 ans, Royaume-Uni)

Il a comparé cette expérience avec ses sentiments lorsque l'injonction de traitement en milieu communautaire a été levée :

*« Mais je suis beaucoup plus satisfait de la situation, maintenant que j'ai le choix. Si je veux arrêter de prendre mes médicaments, je ne les prends pas et je ne serai pas renvoyé à l'hôpital. »*

(Homme, 44 ans, Royaume-Uni)

Un certain nombre de participants à l'entretien de groupe avec les parties prenantes au Royaume-Uni, a

affirmé que la nature exacte et les exigences précises des injonctions de traitement ne sont souvent pas très bien comprises. Les CTO n'imposent pas la prise de médicaments particuliers, ce qui n'est pas l'impression de nombreuses personnes faisant l'objet de ces injonctions. Il est vrai qu'en théorie elles avaient droit à un avocat indépendant spécialisé dans les troubles mentaux pour les aider, mais, en pratique, l'accès à ces avocats pour les personnes non hospitalisées était souvent limité.

En France, les parties prenantes ont discuté d'une nouvelle loi autorisant le traitement psychiatrique involontaire à domicile. Bien que cette solution puisse aider à éviter une hospitalisation, le sentiment était cela pourrait entrer en conflit avec le but d'encourager le traitement volontaire lorsque le patient quitte une unité fermée. Les parties prenantes ont également souligné l'importance d'une communication précoce et permanente avec les patients.

## 3.3. Isolement et contention

Des répondants des neufs pays ont fait l'expérience des mesures d'isolement ou de contention en milieu psychiatrique, souvent dans le cadre de l'administration d'un traitement médical forcé. Cette situation était souvent liée avec ce que ces répondants percevaient comme une hostilité ou une absence de compassion du personnel. Quelques répondants en Lettonie, en Roumanie et au Royaume-Uni ont connu la contention ou l'isolement, tandis que d'autres en ont été témoins.

Une femme interrogée a expliqué avoir été envoyée en chambre d'isolement pendant une nuit, sans vêtement, mobilier ou literie. Une autre a relaté comment 15 ans plus tôt, alors âgée de 17 ans, elle a été enfermée seule dans une chambre. Le recours aux moyens de contrainte a été décrit par toutes les personnes qui l'ont vécu comme une expérience traumatisante, qui ne peut s'oublier et, parfois, comme un événement à l'origine de blessures physiques :

*« Et parce que je résistais, ils m'ont attachée au lit. C'était terrible, horrible ! C'était dur pour une personne. On vous attache au lit de façon si serrée que vous ne pouvez pas bouger. Et j'ai demandé à boire, il y avait quelqu'un, c'était la nuit, et j'ai été laissée seule et gémissante dans le coin. Et je suis restée comme ça dans le noir, une gardienne venait de temps à autre et je lui ai demandé à boire, et elle m'a apporté un verre d'eau et j'ai demandé si elle pouvait détacher une de mes mains. Alors, elle m'a jeté l'eau au visage. »*

(Femme, 53 ans, Lettonie)



« La dernière fois, il y avait deux femmes et trois hommes [...] les hommes étaient très forts et agressifs. [...] Une seule femme m'a regardée dans les yeux pendant ce moment traumatisant. [...] Je pense qu'ils devaient montrer aux patients qu'ils contrôlaient la situation, même dans un moment aussi misérable. C'est humiliant d'être sanglée dans une ceinture de contention sur une planche de bois, les jambes écartées ; même Jésus n'a pas été crucifié les jambes écartées ! »

(Femme, 42 ans, Suède)

Les répondants ont expliqué que le fait d'être attachés à leur lit les empêchait d'aller aux toilettes :

« J'étais dans une salle avec un homme attaché à son lit et, pendant la nuit, il a déféqué sans le vouloir à cause des médicaments qu'on lui donnait. J'ai appelé un infirmier, mais personne n'est venu l'aider. »

(Homme, 47 ans, Bulgarie)

Un autre a décrit l'humiliation ressentie lorsqu'il a été placé dans une unité d'isolement sans aucune installation sanitaire.

La nécessité de la contention ou sa durée n'avait pas été expliquée systématiquement :

« La contention – c'était très traumatisant parce qu'il n'y avait pas de débriefing, et tout le processus de contention à mes yeux était mauvais. »

(Homme, 56 ans, Allemagne)

D'autres ont insisté sur leur déception ressentie du fait que d'autres moyens moins contraignants n'aient pas été tentés avant de recourir à la contention. L'un d'eux qui fut patient dans des hôpitaux psychiatriques a fait valoir que la contention était un moyen utilisé pour traiter la détresse ou l'agitation :

« Je n'appréciais pas le fait que les patients étaient parfois sanglés. Le personnel n'aurait pas dû les attacher pour les calmer. Ils auraient dû leur parler. Cela me rendait triste. »

(Homme, 36 ans, Grèce)

Plusieurs répondants, dont un homme qui a séjourné dans des hôpitaux psychiatriques depuis les années 1980, ont évoqué la pratique consistant à faire intervenir d'autres patients dans des procédures de contention :

« Chaque salle devait désigner deux personnes qui seraient de garde chaque nuit. Pas uniquement des médecins, mais deux personnes et vous deviez être disponible à tout moment pendant la nuit. [...] Et puis le message arrive : problèmes dans telle ou telle salle. Quand il y a des problèmes dans la salle des femmes, c'est du gâteau, vous entrez et si elles crient et vous insultent, vous leur donnez un coup dans les reins. Dans les salles des femmes, vous les attachez avec des collants ou des vieilles chaussettes, chez les hommes, vous utilisez ces cordes spéciales. Ou vous prenez une toile et vous les couvrez avec, il existe des tas de façons de faire. Attachez-les et tout est sous contrôle. »

(Homme, 47 ans, Lettonie)

Il a ajouté que ces pratiques sont devenues moins courantes que dans les années 1980 et qu'on n'utilise plus les toiles. Un autre homme interné dans un hôpital psychiatrique en 2010 a toutefois indiqué qu'il avait souvent vu des patients aider le personnel à immobiliser un patient avant qu'il ne reçoive une piqûre.

Certains répondants ont indiqué que la contention était parfois utilisée sans raison apparente :

« Une personne était clouée sur son lit. Il était vraiment cloué comme ça, ils l'attachaient, le sanglaient et je ne sais pas ce qu'ils faisaient d'autre. L'homme n'avait pourtant rien fait de mal. Il parlait juste à la fenêtre. Il n'y avait pourtant personne. »

(Homme, 40 ans, Hongrie)

« Ils auraient simplement pu prendre l'épingle de sûreté si ce n'était pas autorisé, parce que je ne le savais pas. Mais pourquoi ont-ils dû m'attacher au lit pour ça ? Je n'ai pas compris. »

(Femme, Lettonie)

Certains répondants ont déclaré que le personnel abusait de l'isolement et de la contention physique. Cette affirmation allait de pair avec le sentiment que le personnel était hostile plutôt que favorable aux patients :

« Ils ne m'ont pas frappé, mais j'ai vu de nombreux gestes violents à l'hôpital, qui m'ont révolté, des gestes violents du personnel, qui ne devraient pas exister [...] dans la société. »

(Homme, 44 ans, Roumanie)

« Le meneur m'a forcé à me mettre à genoux et il m'a écrasé le visage sur le sol. C'était une agression vicieuse, sadique et il aurait pu me briser le crâne [...]. Je suis allé voir le responsable de salle et je lui ai dit "Regardez ce qu'ils m'ont fait" et il a dit "Nous ferions bien de nous débarrasser du tapis !" En fait, il voulait se débarrasser d'une preuve plutôt que licencier des infirmiers sadiques. »

(Homme, 54 ans, Royaume-Uni)

### 3.4. Contester la légalité d'un placement ou d'un traitement involontaires

Dans chaque pays, quelques répondants ont tenté de contester la légalité de leur placement ou de leur traitement involontaires, soit pendant la procédure initiale de placement, soit après le début de l'hospitalisation. Peu de personnes interrogées semblaient avoir connaissance de leurs droits lorsqu'elles ont été internées de force. Celles qui en avaient connaissance étaient réticentes à contester la légalité de leur placement ou de leur traitement par crainte d'être victimisées ou d'aggraver leur situation suite à la plainte. D'autres personnes ont déclaré que leur placement ou traitement n'avait jamais fait l'objet d'un réexamen régulier.

En Roumanie, aucun répondant ne connaissait les dispositions juridiques concernant les mesures de privation de liberté et aucun n'avait été informé de son droit de demander un second avis médical. La seule exception était une femme qui savait que seul un psychiatre pouvait ordonner l'isolement ou la contention physique. Même ceux qui avaient entendu parler de la loi relative à la santé mentale avaient le sentiment que cela ne pouvait pas améliorer la situation, du fait qu'il n'existe pas de modalités de mise en œuvre garantissant que les patients puissent exercer leurs droits en pratique.

« Être hospitalisé et penser que vous pouvez bénéficier d'une assistance juridique est parfaitement utopique. »

(Homme, 44 ans, Roumanie)

D'autres répondants ont insisté sur le fait qu'un placement pouvait empêcher l'accès à une action en justice. Un répondant a affirmé qu'il ne pouvait pas exercer pleinement ses droits dans le cadre d'une action en justice concernant son traitement involontaire dans un hôpital psychiatrique, parce que son médecin lui a donné des médicaments qui l'empêchaient de comprendre les auditions et qu'il n'avait pas conscience de leur effet :

« J'étais somnolent et ils n'ont pas essayé de m'expliquer quoi que ce soit. »

(Homme, 41 ans, Bulgarie)

Alors qu'un certain nombre de personnes interrogées savaient qu'il était possible de contester les décisions ou le comportement du personnel et des médecins, elles ont choisi de ne pas le faire par crainte d'une issue défavorable :

« Je n'ai pas osé [porter plainte]. [...] J'avais peur qu'on me donne des sédatifs et j'aurais dormi 24 heures sur 24, j'aurais été inconscient, [...] j'avais peur de ce genre de choses. »

(Homme, 40 ans, Hongrie)

« Je me souviens que [le médecin référent] m'a dit que si nous voulions changer ma médication, arrêter un médicament ou quelque chose comme ça, je devais aller à l'hôpital. C'est pour cela que je n'ai rien dit [sur le fait que la médication ne convenait pas] et je n'y suis pas allée. Je suis très contente de ne pas voir [l'hôpital psychiatrique]. »

(Femme, Hongrie)

Bon nombre de répondants ont évoqué leur combat pour faire réexaminer leur placement involontaire ou leur traitement involontaire par les autorités. En Grèce, par exemple, la plupart des répondants ne sont pas parvenus à faire réviser le diagnostic initial.

« J'ai continué à prendre mes médicaments après mon hospitalisation. Les médecins et moi avons convenu du traitement. La décision a été prise en 1999. Elle n'a pas été réexaminée depuis. »

(Homme, 63 ans, Grèce)

Les parties prenantes ont cité différents obstacles que rencontrent les personnes souffrant de troubles mentaux qui tentent de contester des décisions de placement ou de traitement involontaires. Ainsi en Suède, conformément à la loi relative aux soins psychiatriques forcés, une décision de justice est requise si des soins involontaires doivent être dispensés pendant plus de six mois. Les organisations d'usagers qui ont pris part à cet entretien de groupe considéraient que bien qu'une personne ait, en pratique, accès à la justice, elle n'a pas la possibilité de choisir l'avocat ou l'expert psychiatre qui fournit les informations au tribunal lorsque la question de soins involontaires supplémentaires est traitée devant un tribunal. D'autre part, le représentant d'un



établissement psychiatrique a déclaré qu'une procédure judiciaire était une mesure adéquate de contrôle et une garantie de justice pour le patient et a ajouté que les décisions judiciaires étaient souvent favorables aux patients.

En Grèce, les participants à l'entretien de groupe ont souligné la nécessité de fournir davantage d'informations, de mieux sensibiliser et de faire suivre une formation

spécialisée sur les troubles de santé mentale et sur les droits des personnes souffrant de troubles mentaux aux juges, aux fonctionnaires de police et aux autres fonctionnaires associés au processus décisionnel aboutissant à un placement ou à un traitement involontaires. Cependant, ils ont également déclaré que des mesures importantes avaient été prises ces dernières années afin d'améliorer la complémentarité avec les services psychiatriques.





## La voie à suivre

Ce rapport contient à la fois une analyse des instruments juridiques existant au niveau des Nations Unies, de l'Europe et des États en matière de placement et de traitement involontaires, et des témoignages personnels montrant l'expérience que les personnes ont de la législation en vigueur. Il ressort de l'analyse juridique comparative qu'en dépit de quelques caractéristiques communes, les cadres mis en place dans les États membres de l'UE sont le reflet de leurs approches différentes de cette problématique. Malgré ces différences, le traumatisme et la crainte que les gens associent aux mesures involontaires est le thème récurrent des entretiens approfondis menés dans le cadre de cette recherche. Les expériences personnelles essentiellement négatives décrites dans ce rapport mettent en évidence l'importance d'élaborer des cadres juridiques susceptibles de réduire ces résultats négatifs au minimum.

À la suite de l'entrée en vigueur de la CRPD, la législation de l'UE et de ses États membres, qu'ils aient déjà ratifié la CRPD ou qu'ils soient sur le point de le faire, devra être alignée sur la convention. Un élément capital de l'harmonisation consistera à aligner la législation relative au placement et au traitement involontaires sur les dispositions de la CRPD. D'un point de vue juridique, les conclusions de ce rapport illustrent les défis que l'UE et ses États membres pourraient rencontrer pour concilier les principes de non-discrimination contenus dans la CRPD et les dispositions traditionnelles en matière de soins psychiatriques et de droits de l'homme. Les conclusions sociologiques du rapport mettent en évidence l'impact positif que les réformes ont déjà sur la vie des personnes souffrant de troubles mentaux. Dans leur ensemble, les données sociologiques et juridiques permettent de mieux comprendre la situation et d'éclairer la discussion qui devrait maintenant avoir lieu au sein de l'UE.

En matière de santé publique, l'Union européenne et les États membres possèdent des compétences complémentaires. Ce cadre facilite un échange de vue sur la manière dont les différents points de vue et les droits associés au placement et au traitement involontaires pourraient être conciliés. Le processus de ratification de la CRPD a déjà fait sentir ses effets sur cette discussion. Alors que le Comité des droits des personnes handicapées va commencer à développer son interprétation de la convention sur la base des rapports des États parties, les grandes questions liées aux droits fondamentaux que soulèvent le placement et le traitement involontaires seront encore plus d'actualité. Les États membres de l'UE devront eux aussi aborder ces questions lorsqu'ils évalueront la conformité de la législation en vigueur et des propositions législatives avec la CRPD. L'évolution future du droit et de la politique de l'UE, y compris dans le domaine de la non-discrimination, pourrait jouer un rôle majeur dans ce processus.

La CRPD impose aux États parties de consulter étroitement et d'impliquer activement les personnes handicapées dans l'élaboration et la mise en œuvre des législations et des politiques qui les concernent. L'application effective de la convention impose donc que les réformes législatives atteignent les personnes handicapées, notamment par le biais des organisations qui les représentent, afin de faire en sorte qu'elles soient impliquées dans le processus. Une réforme réaliste et significative dépend également de la participation des prestataires de services, des personnes de soutien et des responsables locaux chargés de la mise en œuvre de la CRPD au quotidien. Le présent rapport contribue au processus de réforme en mettant en évidence quelques-uns des défis juridiques restant à relever et en donnant la parole à ceux dont la voix est rarement entendue.



# Bibliographie

Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA) (2011a), *La protection juridique des personnes souffrant de troubles mentaux en vertu de la législation en matière de non-discrimination*, Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne (Office des publications).

FRA (2011b), *L'accès à la justice en Europe : présentation des défis à relever et des opportunités à saisir*, Luxembourg, Office des publications.

FRA (2012), *Choice and control: the right to independent living – Experiences of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems in nine EU Member States*, Luxembourg, Office des publications.

Bartlett, P., Lewis, O. et Thorold, O. (2007), *Mental Disability and the European Convention on Human Rights*, Leiden, Martinus Nijhoff.

Bartlett, P. (2012), « Rethinking Herczegalvy: The ECHR and the control of psychiatric treatment » dans Brems, E. (Éd.), *Diversity and European Human Rights: Rewriting Judgments of the ECHR*, Cambridge, Cambridge University Press (à paraître).

Bartlett, P. (2012a), « The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and mental health law », *Modern Law Review* (à paraître).

Belgique, Ministère de la santé (2011), Avis de la Commission sur les droits des patients relatif à l'application de l'article 8 de la loi relative aux droits du patient dans le secteur des soins de santé mentale ou au droit du patient au consentement préalable, libre et éclairé à toute intervention du praticien professionnel, 18 mars 2011.

Commission européenne (2005), *Livre vert – Améliorer la santé mentale de la population – Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne*, COM(2005) 484, Bruxelles, 14 octobre 2005.

Commission européenne (2009), *Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être*, Bruxelles, 12-13 juin 2008.

Commission européenne (2010a), Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, *Plateforme européenne contre la pauvreté et l'exclusion sociale : un cadre européen pour la cohésion sociale et territoriale*, COM(2010) 758 final, Bruxelles, 16 décembre 2010.

Commission européenne (2010b), *Stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées : un engagement renouvelé pour une Europe sans entraves*, COM(2010) 636 final, Bruxelles, 15 novembre 2010.

Conseil de l'Europe (1996), Convention pour la protection des Droits de l'Homme et 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 (Convention d'Oviedo) – Rapport explicatif, 17 décembre 1996.

Conseil de l'Europe (1997), Convention pour la protection des Droits de l'Homme et 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 (Convention d'Oviedo), Oviedo, 4 avril 1997.

Conseil de l'Europe (2011), Programme et budget 2012-2013, CM (2012)1F, 19 décembre 2011.

Conseil de l'Europe, Commissaire aux droits de l'homme (2009), « Il faut aider les personnes handicapées mentales, pas les priver de leurs droits fondamentaux », dans *Points de vue du Commissaire*, 21 septembre 2009.

Conseil de l'Europe, Commissaire aux droits de l'homme (2010), « Traitement inhumain de personnes handicapées en institution », dans *Le carnet des droits de l'homme du Commissaire du Conseil de l'Europe*, 21 octobre 2010.

Conseil de l'Europe, Commissaire aux droits de l'homme (2012), « Les personnes handicapées ont un droit à être intégrées dans la société – les autres doivent respecter ce principe », dans *Le carnet des droits de l'homme du Commissaire du Conseil de l'Europe*, 13 mars 2012.

Conseil de l'Europe, Comité des Ministres (1999) Recommandation R(99)4 du Comité des Ministres aux États membres sur les principes concernant la protection juridique des majeurs incapables, 23 février 1999.

Conseil de l'Europe, Comité des Ministres (2004a) Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux États membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux et son rapport explicatif, 22 septembre 2004.

Conseil de l'Europe, Comité des Ministres (2004b), 893<sup>e</sup> réunion, 13 juillet 2004, Point 10.2, Comité directeur pour la bioéthique (CDBI), CM (2004)97 du 9 juin 2004.

Conseil de l'Europe, Comité des Ministres (2006), Recommandation Rec(2006)5 du Comité des Ministres aux États membres sur le Plan d'action du Conseil de l'Europe pour la promotion des droits et de la pleine participation des personnes handicapées à la société : améliorer la qualité de vie des personnes handicapées en Europe 2006-2015, disponible sur : [www.coe.int/t/e/social\\_cohesion/soc-sp/Rec\\_2006\\_5%20Disability%20Action%20Plan.pdf](http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Rec_2006_5%20Disability%20Action%20Plan.pdf).

Conseil de l'Europe, Comité des Ministres (2011), 1123<sup>e</sup> réunion, 12 octobre 2011, Point 10.4, Comité directeur pour la bioéthique (CDBI), Rapport abrégé de la 40<sup>e</sup> réunion (Strasbourg, 21-23 juin 2011), CM (2011)125 du 2 septembre 2011.

Conseil de l'Europe, Comité des Ministres (2012), 1131<sup>e</sup> réunion, 18 janvier 2012, Point 10.8 Comité directeur pour la bioéthique (CDBI), Rapport abrégé de la 41<sup>e</sup> réunion plénière (Strasbourg, 2-4 novembre 2011), CM (2011)172 du 9 décembre 2011.

Conseil de l'Europe, Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) (2008), *Report to the government of Cyprus on the visit to Cyprus carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 8 to 17 December 2004*, CPT/Inf (2008) 17, 15 avril 2008.

Conseil de l'Europe, CPT (2009a), *Report to the Finnish Government on the visit to Finland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 20 to 30 April 2008*, CPT/Inf (2009) 5, 20 janvier 2009.

Conseil de l'Europe, CPT (2009b), *Response of the Finnish Government to the report of the European Committee for the Prevention of Torture and inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) on its visit to Finland from 20 to 30 April 2008*, CPT/Inf (2009) 19, 17 juin 2009.

Conseil de l'Europe, CPT (2009c) *Report to the Latvian Government on the visit to Latvia carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 27 November to 7 December 2007*, CPT/Inf (2009) 35, 15 décembre 2009.

Conseil de l'Europe, CPT (2010a), *Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 septembre au 7 octobre 2009*, CPT/Inf (2010) 24, 23 juillet 2010.

Conseil de l'Europe, CPT (2010b), *Rapport au Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg relatif à la visite effectuée au Luxembourg par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 22 au 27 avril 2009*, CPT/Inf (2010) 31, 28 octobre 2010.

Conseil de l'Europe, CPT (2010c), *Report to the United Kingdom Government on the visit to the Bailiwick of Guernsey carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 19 to 22 March 2010*, CPT/Inf (2010) 37, 19 novembre 2010.

Conseil de l'Europe, CPT (2010d), *Rapport au Gouvernement de la Roumanie relatif à la visite effectuée en Roumanie par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 septembre au 2 octobre 2009*, CPT/Inf (2010) 25, 26 août 2010.

Conseil de l'Europe, CPT (2010e), *Report to the Hungarian Government on the visit to Hungary carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 24 March to 2 April 2009*, CPT/Inf (2010) 16, 8 juin 2010.

Conseil de l'Europe, CPT (2010f), *Normes du CPT*, CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2010, Décembre 2010.

Conseil de l'Europe, CPT (2010g), *Report to the United Kingdom Government on the visit to the Bailiwick of Jersey carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 15 to 18 March 2010*, CPT/Inf (2010) 35, 19 novembre 2010.

Conseil de l'Europe, CPT (2011), *Report to the Maltese Government on the visit to Malta carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 19 to 26 May 2011*, CPT/Inf (2011) 5, 17 février 2011.



- Conseil de l'Europe, CPT (2012), *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 novembre au 10 décembre 2010*, CPT/Inf (2012) 13, 19 avril 2012.
- Conseil de l'Union européenne (2011), Conclusions du Conseil sur le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être : résultats et action future, 3095<sup>e</sup> session du Conseil Emploi, politique sociale, santé et consommateurs, communiqué de presse, Luxembourg, 6 juin 2011.
- Conseil de l'Union européenne, Règlement (CE) n° 168/2007 du Conseil du 15 février 2007 portant création d'une Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, JO 2007 L 53/1.
- Hartlev, M. (2009), « Coercive treatment and human dignity », dans : Aasen, H., Halvorsen, R. et Barbosa da Silva, A. (Éds.), *Human rights, dignity and autonomy in health care and social services : Nordic perspectives*, Intersentia, p. 129-144.
- Joseph, S., Schultz, J. et Castan, M. (2004), *The International Covenant on Civil and Political Rights: Cases, materials and commentary*, New York, Oxford University Press.
- Kämpf, A. (2010), « Involuntary treatment decisions: using negotiated silence to facilitate change? », dans McSherry, B. et Weller, P., *Rethinking rights-based mental health laws*, Hart Publishing, Portland, Oregon, p. 129-150.
- Kallert, T. W. (2011), « Mental health care and patients' rights – Are these two fields currently compatible? », dans Kallert T. W., Mezzich J. et Monahan J. (Éds.), *Coercive treatment in psychiatry – Clinical, legal and ethical aspects*, Wiley-Blackwell, p. 121-150.
- Legemaate, J. (2005), « Psychiatry and human rights », dans Gevers, J.K.M., Hondius, E.H. et Hubben, J.H. (Éds.), *Health law, human rights and the biomedicine convention – Essay in honour of Henriette Roscam Abbing*, Leiden/Boston, Martinus Nijhoff Publishers, p. 119-130.
- Marschner, R. (2011), « Aktuelles zur Zwangsbehandlung – in welchen Grenzen ist sie noch möglich? », *Recht und Psychiatrie*, p. 160-167.
- Minkowitz, T. (2010), « Abolishing mental health laws to comply with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities », dans McSherry, B. et Weller, P., *Rethinking rights-based mental health laws*, Hart Publishing, Portland, Oregon, p. 151-177.
- Organisation des Nations Unies (ONU), Assemblée générale (1988), *Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, Résolution 43/173*, 9 décembre 1988.
- ONU, Assemblée générale (1991), *Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale*, 17 décembre 1991, A/RES/46/119.
- ONU, Comité contre la torture (2011), Observations finales du Comité contre la torture – Finlande, 46<sup>e</sup> session, 9 mai-3 juin 2011, CAT/C/FIN/CO/5-6.
- ONU, Comité des droits de l'homme (CDH) (1982), *Observation générale n° 8 : Droit à la liberté et la sécurité de la personne*, 30 juin 1982.
- ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2009), Directives concernant le document spécifique à l'instrument à soumettre par les États parties en application de l'article 35, paragraphe 1, de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, deuxième session, 19-23 octobre 2009, doc. CRPD/C/2/3 du 18 novembre 2009.
- ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2010a), Application de la Convention relative aux droits des personnes handicapées : Rapports initiaux soumis par les États parties conformément à l'article 35 de la Convention – Espagne, 5 octobre 2010, CRPD/C/ESP/1.
- ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2010b), Application de la Convention relative aux droits des personnes handicapées : Rapports initiaux soumis par les États parties conformément à l'article 35 de la Convention – Autriche, 5 octobre 2010, CRPD/C/AUT/1.
- ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2010c), Application de la Convention relative aux droits des personnes handicapées : Rapports initiaux soumis par les États parties conformément à l'article 35 de la Convention – Belgique, CRPD/C/BEL/1.
- ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2010d), Application de la Convention relative aux droits des personnes handicapées : Rapports initiaux soumis par les États parties conformément à l'article 35 de la Convention – Hongrie, 28 juin 2010, CRPD/C/HUN/1.
- ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011a) Observations finales du Comité des droits des personnes handicapées sur la Tunisie, 5<sup>e</sup> session, 11-15 avril 2011, CRPD/C/TUN/CO/1.

ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011b), Observations finales du Comité des droits des personnes handicapées sur l'Espagne, 6<sup>e</sup> session, 19-23 septembre 2011, CRPD/C/ESP/CO/1.

ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011c), Application de la Convention relative aux droits des personnes handicapées : Rapports initiaux soumis par les États parties conformément à l'article 35 de la Convention – République tchèque, 11 novembre 2011, CRPD/C/CZE/1.

ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011d), Application de la Convention relative aux droits des personnes handicapées : Rapports initiaux soumis par les États parties conformément à l'article 35 de la Convention – Danemark, 27 octobre 2011, CRPD/C/DNK/1.

ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011e), Application de la Convention relative aux droits des personnes handicapées : Rapports initiaux soumis par les États parties conformément à l'article 35 de la Convention – Allemagne, 3 août 2011, CRPD/C/DEU/1.

ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011f) Application de la Convention relative aux droits des personnes handicapées : Rapports initiaux soumis par les États parties conformément à l'article 35 de la Convention – Suède, janvier 2011, CRPD/C/SWE/1.

ONU, Comité des droits des personnes handicapées (2011g), Application de la Convention relative aux droits des personnes handicapées : Rapports initiaux soumis par les États parties conformément à l'article 35 de la Convention – Royaume-Uni, CRPD/C/GBR/1.

ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées, Comité ad hoc (2006), Résumés quotidiens des discussions de la septième session, 19 janvier 2006, Volume 8, n° 4.

ONU, Comité des droits économiques, sociaux et culturels (2000), Observation générale 14, Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), 22<sup>e</sup> session, Genève, 25 avril-12 mai 2000, doc. E/C.12/2000/4 du 11 août 2000.

ONU, Haut-Commissaire aux droits de l'homme (2009), *Intervention du Haut-Commissaire de l'ONU aux droits de l'homme dans le débat interactif sur les droits des personnes handicapées*, 6 mars 2009.

ONU, Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH) (2009), *Étude thématique visant à faire mieux connaître et comprendre la Convention relative aux droits des personnes handicapées*, Conseil des droits de l'homme, 10<sup>e</sup> session, doc. A/HRC/10/48, 26 janvier 2009.

ONU, HCDH, Bureau régional pour l'Europe (2011a), *The European Union and International Human Rights Law*.

ONU, HCDH, Bureau régional pour l'Europe (2011b), *Forgotten Europeans – Forgotten rights, the human rights of persons placed in institutions*.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2005a), *Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe : relever les défis, trouver des solutions*, 14 janvier 2005.

OMS (2005b), *Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe : relever les défis, trouver des solutions*, 14 janvier 2005.

OMS (2011), *Rapport mondial sur le handicap*.

Parlement européen (1996), *Résolution sur les droits des personnes handicapées*, A4-0391/96, Bruxelles, 15 décembre 1996.

Parlement européen (2006), *Résolution sur l'amélioration de la santé mentale de la population. Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne*, P6\_TA(2006)0341, Strasbourg, 6 septembre 2006.

Parlement européen (2009), *Résolution du 19 février 2009 sur la santé mentale*, P6\_TA(2009)0063, Bruxelles, 19 février 2009.

Rapporteur spécial des Nations Unies sur la santé (2005), *Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, Paul Hunt, Commission des droits de l'homme, 66<sup>e</sup> session, doc. E/CN.4/2005/51 du 11 février 2005.

Rapporteur spécial des Nations Unies sur la santé (2009), *Droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible – Rapport d'Anand Grover*, Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Assemblée générale de l'ONU, 64<sup>e</sup> session, doc. A/64/272 du 10 août 2009.

Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture (1986), *Rapport du Rapporteur spécial, M. P. Kooijmans, sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, 42<sup>e</sup> session, doc. E/CN.4/1986/15 du 19 février 1986.



Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture (2008) Rapport du Rapporteur spécial, M. Manfred Nowak, sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Assemblée générale des Nations Unies, 63<sup>e</sup> session, doc. A/63/175 du 28 juillet 2008.

Salize, H. J., Dreßing, H. et Peitz, M. (2002), *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients: legislation and practice in EU-Member States – Final report*, 15 mai 2002.

Schulze, M. (2010), *A Handbook on the Human Rights of Persons with Disabilities: Understanding The UN Convention On The Rights of Persons With Disabilities*, Handicap International, juillet 2010.

Syse, A. (2011), « Human rights, health care, and coercion in Norwegian health law », dans Rynning, E. et Hartlev, M. (Éds.), *Nordic health law in a European context – Welfare state perspectives on patients' rights and biomedicine*, Martinus Nijhoff and Liber, p. 137-157.

Szmukler, G. et Dawson, J. (2011), « Reducing discrimination in mental health law – The 'fusion' of incapacity and mental health legislation », dans Kallert T. W., Mezzich J. et Monahan J. (Éds.), *Coercive Treatment in psychiatry – Clinical, legal and ethical aspects*, Wiley-Blackwell, p. 97-119.

Trömel, S. (2009), « A personal perspective on the drafting history of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities », *European Yearbook of Disability Law*, Vol. 1, p. 115-137.

Union européenne, Présidium de la Convention (2007), *Explications relatives à la Charte des droits fondamentaux*, JO 2007 C 303/17.



# Annexe 1

## Législation relative au placement involontaire et au traitement involontaire (droit civil)

ÉTAT MEMBRE DE L'UE	LÉGISLATION	DERNIÈRE MODIFICATION IMPORTANTE
AT	Loi relative au placement forcé ( <i>Unterbringungsgesetz, UbG</i> ), BGBl 155/1990	BGBl I 18/2010 17 mars 2010
BE	Loi relative à la protection de la personne des malades mentaux, 26 juin 1990 Loi relative aux droits des patients, 22 août 2002	Pas de modifications significatives affectant l'aspect civil, mais l'aspect pénal a été modifié en 2007 (la réforme est entrée en vigueur en 2012).
BG	Chapitre II de la loi relative à la santé ( <i>Закон за здравето</i> ), 1 <sup>er</sup> janvier 2005	Bien que la loi ait été modifiée plusieurs fois, les dispositions du Chapitre II concernant le placement et le traitement involontaires n'ont pas changé.
CY	Loi n° 77 (I) de 1997 concernant la création et le fonctionnement d'établissements psychiatriques pour les malades mentaux, la garantie des droits de ces personnes et la détermination des devoirs et des responsabilités des membres de leur famille	Modifiée entre 2003-2007
CZ	Loi n° 1 (I) de 2005 portant garantie et protection des droits des patients et questions connexes, 7 avril 2005 Loi relative aux soins de santé <i>Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdravotí lidu</i> , 1 <sup>er</sup> juillet 1966 Code de procédure civile ( <i>Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád</i> ), Loi n° 99/1963 Coll.	Pas de modification 2004 2011
DE	Article 1906 du Code civil (BGB) introduit par la Loi relative à la tutelle ( <i>Betreuungsgesetz, BtG</i> ) du 12 septembre 1990 (entrée en vigueur le 1 <sup>er</sup> janvier 1992) Le placement au titre du droit public est régi par la législation des <i>Länder</i> .	Modifié en 2009
DK	Loi n° 331 du 24 mai 1989 relative à la privation de liberté et à d'autres mesures de contrainte en psychiatrie	Loi consolidée relative à la contrainte en psychiatrie ( <i>om anvendelse af tvang i psykiatrien</i> ), n° 1111 du 1 <sup>er</sup> novembre 2006
EE	Articles 19 et 20 de la Loi sur la protection sociale (SWA) ( <i>Riigikantselei</i> (6 mars 1995) <i>Riigi Teataja I</i> ), 21, 323, 8 février 1995 Articles 533 à 543 du Code de procédure civile (CCP) ( <i>Tsiviilkohtumenetluse seadustik</i> ), 20 avril 2005 Articles 10 à 14 de la Loi relative à la santé mentale (MHA), 12 février 1997	15 juin 2005 19 juin 2002

ÉTAT MEMBRE DE L'UE	LÉGISLATION	DERNIÈRE MODIFICATION IMPORTANTE
EL	Article 1687 du Code civil Loi n° 2071/1992 (régissant le traitement involontaire dans des services psychiatriques)	
ES	Article 763 de la Loi de procédure civile ( <i>Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil</i> ), BOE n° 7, 8 janvier 2000 Loi relative à l'autonomie du patient n° 41/2002, 14 novembre 2002	À la suite de la décision de la Cour constitutionnelle du 2 décembre 2010, Déc. 132/2010  En vertu de la loi n° 2/2010 du 3 mars 2010 et de la loi n° 226/2011 Adaptation de la législation à la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, 11 août 2011  Loi n° 1066/2009 du 11 décembre 2009
FI	Articles 8 à 20 de la Loi relative à la santé mentale n° 1116/1990	
FR	Code de la santé publique, articles L. 3212-1 à L. 3213-11	Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge  Bien que cette loi ait été modifiée à plusieurs reprises, les dispositions concernant le placement et le traitement involontaires n'ont pas changé.
HU	Loi relative aux soins de santé (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről), 15 décembre 1997	
IE	Loi relative à la santé mentale ( <i>Mental Health Act</i> ) de 2001, 1 <sup>er</sup> novembre 2006	
IT	Articles 33 à 35 de la Loi n° 833/1978, 23 décembre 1978	
LT	Loi relative aux soins psychiatriques/1995, n° I-924, ( <i>Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas</i> ), Journal Officiel (Žin.), 1995, Nr. 53-1290 Disponible en EN (sans modifications) : <a href="http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_e?p_id=39589">www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_e?p_id=39589</a>	Loi du 5 juillet 2005
LU	Loi luxembourgeoise relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, 10 décembre 2009	
LV	Article 68 de la loi relative aux traitements médicaux ( <i>Ārstniecības likums</i> ), 26 février 1998	2008

ÉTAT MEMBRE DE L'UE	LÉGISLATION	DERNIÈRE MODIFICATION IMPORTANTE
MT	Loi relative à la santé mentale ( <i>Mental Health Act</i> ), Chapitre 262 des lois de Malte (adoptée en 1976)	
NL	Loi de 1992 relative aux hôpitaux psychiatriques (placements forcés) (entrée en vigueur en janvier 1994)	2008
PL	Loi relative à la protection de la santé mentale ( <i>Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi</i> ) Dz. U. 1994 n° 111 Item 53519, 19 août 1994	
PT	Article 12 de la Loi relative à la santé mentale n° 36/98, 24 juillet 1998	
RO	Loi relative à la santé mentale (Loi n° 487/2002), 11 juillet 2002	
	Loi relative aux droits des patients n° 46/2002 (Legea drepturilor pacientului Nr. 46/2002)	
SE	Loi relative aux soins psychiatriques forcés (SFS : 1991:1128)	2009 (SFS : 2009:809)
SI	Loi relative à la santé mentale n° 77/08, 28 juillet 2008	
SK	Articles 191a à 191g du Code de procédure civile ( <i>Zákon 99/1963</i> ), 4 décembre 1963	1994 par la loi n° 46/1994 Coll.
	Articles 6, 8 et 11 de la loi relative aux soins de santé ( <i>Zákon 576/2004</i> ), 21 octobre 2004	L'article 6 a été modifié en 2009. L'article 8 a été modifié en 2011.
UK	Loi de 1983 relative à la santé mentale ( <i>Mental Health Act 1983</i> ), article 20	Loi de 2007 relative à la santé mentale ( <i>Mental Health Act 2007</i> c. 12)
	Loi de 2003 (Écosse) relative à la santé mentale (soins et traitements) ( <i>Mental Health (Care and Treatment)</i> ), asp. 13	2008
	Ordonnance de 1986 relative à la santé mentale (Irlande du Nord) ( <i>Mental Health (Northern Ireland) Order 1986</i> ) n° 595 (N.I. 4)	

## Annexe 2

### Critères pour le placement involontaire et le traitement involontaire par État membre de l'UE

ÉTAT MEMBRE DE L'UE	Trouble mental	Risque significatif pour soi-même ou pour autrui	But thérapeutique	Priorité à des moyens moins restrictifs prévus par la loi
AT	✓	✓		✓
BE	✓	✓		✓
BG	✓	✓		
CY	✓	✓		
CZ	✓	✓		
DE	✓	✓		✓
DK	✓	✓	✓	✓
EE	✓	✓		✓
EL	✓	✓	✓	
ES	✓		✓	
FI	✓	✓	✓	✓
FR	✓	✓	✓	✓
HU	✓	✓		✓
IE	✓	✓	✓	
IT	✓		✓	✓
LT	✓	✓		
LU	✓	✓		✓
LV	✓	✓	✓	
MT	✓	✓		✓
NL	✓	✓		✓
PO	✓	✓	✓	✓
PT	✓	✓	✓	✓
RO	✓	✓	✓	✓
SE	✓	✓	✓	✓
SI	✓	✓	✓	✓
SK	✓	✓	✓	
UK	✓	✓	✓	✓



Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne

**Placement involontaire et traitement involontaire  
de personnes souffrant de troubles mentaux**

2012 – 68 p. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9192-951-1

doi:10.2811/88416

De nombreuses informations sur l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne sont disponibles sur le site internet de la FRA ([fra.europa.eu](http://fra.europa.eu)).

## **COMMENT VOUS PROCURER LES PUBLICATIONS DE L'UNION EUROPÉENNE?**

### **Publications gratuites:**

- sur le site de l'EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- auprès des représentations ou des délégations de l'Union européenne.  
Vous pouvez obtenir leurs coordonnées en consultant le site <http://ec.europa.eu> ou par télécopieur au numéro +352 2929-42758.

### **Publications payantes:**

- sur le site de l'EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

### **Abonnements facturés (par exemple séries annuelles du *Journal officiel de l'Union européenne*, recueils de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne):**

- auprès des bureaux de vente de l'Office des publications de l'Union européenne ([http://publications.europa.eu/others/agents/index\\_fr.htm](http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm)).

## HELPING TO MAKE FUNDAMENTAL RIGHTS A REALITY FOR EVERYONE IN THE EUROPEAN UNION

Le placement involontaire et le traitement involontaire des personnes souffrant de troubles mentaux affectent les droits les plus fondamentaux de la personne, à savoir le droit à la liberté et l'interdiction de la torture. Des mécanismes stricts de garantie mis en place au niveau des Nations Unies et de l'Europe s'efforcent de limiter les interférences indues avec ces droits. L'approche juridique en la matière évolue rapidement, en partie sous l'influence de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRPD), à laquelle l'Union européenne (UE) et 20 États membres de l'UE ont adhéré, et que tous les États membres de l'UE ont signée. Bien plus qu'une nouvelle formulation des droits existants, la CRPD représente un remaniement en profondeur, le passage d'une approche caritative à une approche fondée sur les droits et caractérisée par la non-discrimination, l'autonomie et l'inclusion. Ce rapport de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA) analyse la situation juridique à la suite de ce changement de perspective et, prenant appui sur le travail de terrain mené dans neuf États membres de l'UE sur l'expérience vécue par des personnes ayant fait l'objet d'un placement et d'un traitement involontaires, il met en évidence la nécessité de relancer le débat sur le placement et le traitement involontaires dans l'UE.



Office des publications

---

### FRA – AGENCE DES DROITS FONDAMENTAUX DE L'UNION EUROPÉENNE

Schwarzenbergplatz 11 – 1040 – Vienne – Autriche

Tél. : +43 158030-0 – Fax : +43 158030-699

[fra.europa.eu](http://fra.europa.eu) – [info@fra.europa.eu](mailto:info@fra.europa.eu)

[facebook.com/fundamentalrights](https://facebook.com/fundamentalrights)

[twitter.com/EURightsAgency](https://twitter.com/EURightsAgency)

