

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

Strasbourg, le 22 juin 2015

DH-BIO/INF (2015) 8

COMITÉ DE BIOÉTHIQUE (DH-BIO)

**Projet de Rapport explicatif sur le Protocole additionnel
à la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine
relatif à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes
de troubles mentaux à l'égard du placement et du traitement involontaires**

Préparé sous la responsabilité du Secrétariat

**Projet de Rapport explicatif au Protocole additionnel
à la Convention des droits de l'homme et la biomédecine,
relatif à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes
atteintes de troubles mentaux à l'égard du placement et du traitement involontaires**

Chapitre I – Objet et champ d'application

Article 1 – Objet

1. Le premier paragraphe expose les objectifs du Protocole additionnel, qui sont de protéger la dignité, l'identité, les droits de l'homme et les libertés fondamentales de toute personne atteinte de troubles mentaux à l'égard du recours au placement ou au traitement involontaires. Pour ce faire, le Protocole encourage le recours aux alternatives à des mesures involontaires, définit des garanties afin que les mesures involontaires ne soient utilisées qu'en dernier ressort et prévoit qu'en cas de recours à telles mesures la personne concernée bénéficie d'une protection appropriée et de garanties procédurales qui lui permettent d'exercer effectivement ses droits. Une personne peut faire l'objet d'un placement involontaire, d'un traitement involontaire ou des deux à la fois ; dans ces trois cas, elle relève du champ d'application du Protocole.

2. Le premier paragraphe énonce que cette protection doit être assurée sans discrimination. Comme le soulignent le préambule et les travaux de l'Organisation des Nations Unies, l'existence d'un trouble mental, en tant que tel, ne doit en aucun cas justifier le recours à des mesures involontaires.

3. Le second paragraphe établit que les Etats peuvent apporter aux personnes atteintes de troubles mentaux une protection plus étendue que celle exigée par le Protocole additionnel, qui traite des mesures allant contre la volonté de la personne concernée. Par exemple, des personnes atteintes de démence à un stade avancé peuvent ne pas être en mesure de prendre une décision concernant leur placement, sans pour autant s'opposer au placement si d'autres le jugent nécessaire. Dans certains pays, une telle mesure serait considérée comme « involontaire ». Les personnes dans cette situation n'entrent pas dans le champ d'application du Protocole ; le deuxième paragraphe précise toutefois que les Etats peuvent choisir d'appliquer à ces personnes les dispositions du Protocole additionnel, mais qu'ils peuvent aussi choisir d'appliquer d'autres mécanismes afin de protéger les droits et les intérêts des personnes concernées. De même, bien que les mineurs n'entrent pas dans le champ d'application du Protocole (voir paragraphe 6 ci-dessous), les Etats peuvent choisir d'appliquer les dispositions du Protocole à leur égard.

Article 2 – Champ d'application et définitions

4. Le premier paragraphe de l'article précise que le Protocole additionnel s'applique au placement et au traitement involontaires de personnes atteintes de troubles mentaux. Les circonstances dans lesquelles il peut être nécessaire de recourir à de telles mesures dans le cadre de soins de santé mentale sont précisées aux articles 10 et 11.

5. En outre, le premier paragraphe reconnaît que, suite à l'évolution des soins de santé mentale, une personne atteinte d'un trouble mental ne doit pas nécessairement faire l'objet d'un placement pour traiter un tel trouble. Le Protocole additionnel s'applique à toute forme de traitement involontaire des troubles mentaux, quel que soit le lieu de l'administration du traitement. Ainsi, est inclus le traitement involontaire au domicile d'un patient.

6. Le paragraphe 2 exclut les mineurs du champ d'application du Protocole additionnel. La définition du terme « mineur » et le statut juridique des mineurs varient d'un Etat membre à l'autre. En ce qui concerne le présent Protocole additionnel, il incombe aux Etats de définir le sens à donner à ce terme. Le fait que les mineurs ne relèvent pas du champ du Protocole ne signifie pas qu'ils n'ont pas aussi besoin de protection. Au contraire, de par leur vulnérabilité, ils ont besoin

d'une protection particulière. En reconnaissant qu'un contexte juridique propre est applicable aux mineurs, les Etats devraient veiller à ce que leurs dispositions juridiques tiennent dûment compte de la nécessité de protéger les mineurs.

7. Le Protocole ne s'applique ni aux placements ni aux traitements pour troubles mentaux ordonnés dans le cadre d'une procédure pénale. Un tel contexte exige des considérations supplémentaires qui ne sont pas pertinents dans un contexte civil.

8. Le paragraphe 3 de cet article définit un certain nombre de termes essentiels employés dans le Protocole additionnel.

9. L'expression « trouble mental » est définie au sens large, conformément aux normes médicales internationalement reconnues.

10. Le chapitre V de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* de l'Organisation mondiale de la santé, qui concerne les troubles mentaux et du comportement (CIM-10), offre un exemple de norme médicale internationalement reconnue. Ce mode de définition des troubles mentaux a pour but d'éviter toute approche singulière du diagnostic. Il suit en outre la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, rendue par exemple dans l'arrêt Winterwerp, selon laquelle « ... En tout cas, on ne saurait évidemment considérer que l'alinéa e) de l'article 5 par. 1 [de la Convention européenne des droits de l'homme] autorise à détenir quelqu'un du seul fait que ses idées ou son comportement s'écartent des normes prédominantes dans une société donnée »¹.

11. Ainsi qu'il est indiqué au paragraphe 3 ci-dessus, le terme « involontaire » renvoie, aux fins du Protocole, à une mesure de placement ou de traitement appliquée à une personne qui est atteinte d'un trouble mental et s'oppose à cette mesure. Il convient de distinguer les mesures involontaires des mesures forcées. Une personne peut se conformer à une mesure tout en la jugeant inacceptable. Si elle sait qu'un refus de sa part de prendre une médication orale se traduira par l'application d'une mesure de contention et l'injection des médicaments, elle pourra prendre les médicaments pour éviter ces conséquences. Cela ne signifie pas pour autant qu'elle accepte le traitement de son plein gré. Dans le cas où une personne n'est pas en mesure de refuser le traitement, elle devrait bénéficier de la protection conférée par le fait d'être soumise à un traitement involontaire, si les critères et procédures prévus par le Protocole sont respectés. Seul un petit nombre de patients se défend activement contre un traitement involontaire. De même, une personne qui souhaiterait quitter l'établissement dans lequel elle est placée mais qui n'y serait pas autorisée, devrait bénéficier des protections applicables au placement involontaire.

12. L'emploi du verbe « s'oppose » dans la définition souligne que c'est l'attitude actuelle de la personne par rapport à la mesure qui doit être évaluée. Par exemple, lorsqu'une personne a accepté ou refusé une mesure proposée, cela ne permet pas de partir du principe qu'elle acceptera ou refusera une nouvelle fois cette même mesure quelque temps plus tard.

13. La mention de « mesure de placement ou de traitement » signifie que l'attitude de la personne quant au placement et celle quant au traitement sont deux questions distinctes. Une personne peut s'opposer au placement, mais consentir au traitement, et inversement.

14. Le champ de la définition n'exclut pas l'emploi de mesures involontaires lorsqu'une personne change plusieurs fois d'avis sur l'acceptation ou le refus de la mesure, empêchant ainsi la conduite d'un programme thérapeutique cohérent, à condition que les procédures et les critères pertinents pour la mesure en question soient respectés.

15. Le terme « placement » se rapporte au fait de placer une personne dans une structure spécifique afin de poursuivre un ou plusieurs buts précis. En vertu de l'article 10, paragraphe ii, un

¹ Winterwerp c. Pays-Bas, arrêt du 24 octobre 1979, requête n° 00006301/73

placement doit avoir un but thérapeutique, mais il peut aussi viser d'autres objectifs (comme la protection d'autrui).

16. Les définitions des termes « traitement » et « fins thérapeutiques » sont valables quel que soit le lieu de l'intervention, et que la personne fasse ou non l'objet d'un placement involontaire. La guérison de certains troubles mentaux tels que la démence n'est pas envisageable actuellement, mais dans certains cas il est possible de ralentir le processus de détérioration. D'autres troubles, tels que le trouble affectif bipolaire peuvent être récurrents, si la guérison n'est pas toujours envisageable, les épisodes maniaques ou dépressifs peuvent être traités et le patient peut retrouver un mode de vie normal. Ces deux exemples correspondent à la notion de « gestion » utilisée dans la définition de « fins thérapeutiques ». Cette notion couvre également les interventions ayant pour but de limiter l'impact, sur la vie de la personne, des déficits fonctionnels liés à des troubles psychotiques chroniques (habituellement appelées « réadaptation »).

17. La définition de « traitement » renvoie à des interventions physiques ou psychologiques. Les interventions pharmacologiques sont un exemple d'interventions physiques.

18. Lorsqu'une personne entre pour la première fois en contact avec les services de santé mentale, il n'est pas toujours possible ou approprié d'effectuer immédiatement un diagnostic exact. Si nécessaire, un diagnostic provisoire est établi ; le diagnostic pourra ensuite être réexaminé à la lumière des observations faites ultérieurement en tenant compte, le cas échéant, de la réaction de la personne au traitement proposé sur la base du diagnostic provisoire. Ceci correspond à la notion de « gestion » contenue dans la définition de « fins thérapeutiques ».

19. Un « représentant » est une personne remplissant une fonction prévue par la loi ou désignée selon une procédure légale. Le principe général énoncé par la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine est le suivant : lorsque la personne concernée n'a pas la capacité de consentir, l'autorisation d'appliquer la mesure proposée doit être obtenue d'un représentant, d'une autorité, d'une personne ou d'une instance prévus par la loi. Toutefois, lorsque la personne concernée s'oppose à la mesure de traitement ou de placement proposée, elle relève du champ d'application du chapitre III, quel que soit l'avis du représentant, de l'autorité, de la personne ou de l'instance.

20. Dans certains pays, le représentant est qualifié de « représentant légal » pour indiquer que le rôle et les responsabilités de cette personne sont reconnus par la loi. Cela n'implique pas que le représentant doive être juriste ni qu'il soit rémunéré pour ses services. Le fait qu'une personne ait droit à un représentant ne signifie pas qu'elle ait droit à une aide juridictionnelle ; il s'agit de deux choses bien distinctes.

21. Le représentant devrait s'efforcer d'assister et de soutenir la personne concernée en l'aidant à faire des choix sur les questions qui la concernent. D'un point de vue juridique toutefois, il est possible que ces choix doivent être soutenus par le représentant pour être valides.

22. L'intitulé de la fonction de « personne de confiance », telle que définie dans le Protocole additionnel, peut varier d'un Etat à l'autre. Il convient de distinguer cette fonction de celle du représentant ou de l'avocat ; par exemple, une personne de confiance ne peut prendre au nom de la personne concernée des décisions qui engagent celle-ci juridiquement. La définition souligne qu'il importe que la personne atteinte d'un trouble mental choisisse elle-même sa personne de confiance et que cette dernière soit désireuse d'apporter l'aide et le soutien nécessaires. Lorsqu'un choix valide a été fait, il devrait être dûment documenté.

23. Les caractéristiques d'un « tribunal » doivent être interprétées en accord avec la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme. L'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme fait référence à « un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi ». Les mêmes exigences s'appliquent au « tribunal » au sens de l'article 5, paragraphe 4, de la Convention européenne des droits de l'homme. Selon la Cour européenne des droits de

l'homme, le « tribunal » se caractérise par sa fonction judiciaire, c'est-à-dire qu'il se prononce sur les affaires qui relèvent de sa compétence en se fondant sur les textes de loi et en suivant une procédure obéissant à des normes. Le tribunal doit réunir les conditions suivantes :

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

24. Aux fins du Protocole, « instance compétente » désigne la personne ou l'instance prévue par la loi, qui peut prendre une décision sur une mesure involontaire. L'objectif est de prévenir les décisions arbitraires et il existe différents moyens d'y parvenir. L'article 12, paragraphe 1, précise que le tribunal ou l'instance compétente doit fonder sa décision sur un examen médical.

25. Les références à « l'autorité responsable », dans le Protocole additionnel, renvoient à l'autorité responsable de l'établissement où est placé le patient, ou à l'autorité ayant la responsabilité administrative des médecins chargés de superviser le traitement lorsque le patient ne fait pas l'objet d'un placement volontaire ou involontaire.

Chapitre II – Dispositions générales

Article 3 – Légalité

26. Cet article tient compte des exigences des articles 5 et 8 de la Convention européenne des droits de l'homme et des articles 7 et 26 de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine. Pour remplir ces conditions, le cadre juridique des mesures involontaires doit être suffisamment accessible et prévisible, ce qui signifie que la procédure à suivre pour appliquer une telle mesure doit être « prévue par la loi ». Comme le souligne la jurisprudence dans l'affaire X c. Finlande², la loi doit prévoir des garanties adéquates contre l'application ou la prolongation arbitraires de mesures.

Article 4 – Nécessité et proportionnalité

27. Ces principes généraux tiennent compte des exigences de la Convention européenne des droits de l'homme, de la jurisprudence qui en découle, et des exigences de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine. S'agissant du placement involontaire, par exemple, cela implique que d'autres mesures moins sévères que la privation de liberté doivent avoir été prises en considération et jugées insuffisantes au regard du risque encouru.

28. Le principe de la restriction minimale est un principe fondamental internationalement reconnu par le Principe 9(1) de la Résolution A/RES/46/119 des Nations Unies sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale, et réaffirmé dans l'article 8 de la Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux. Ce principe découle des principes de nécessité et de proportionnalité ; il est donc couvert par cet article, mais son importance dans le domaine des soins de santé mentale est telle qu'il est expressément mentionné dans la seconde phrase.

29. En outre, le Principe 15(1) de ladite résolution des Nations Unies souligne que, si un patient a besoin d'être soigné dans un service de santé mentale, « tout doit être fait pour éviter qu'il n'y soit placé d'office ». En décembre 2014, le Comité des droits de l'homme de l'ONU a souligné, dans son Observation générale n° 35 relative au Pacte international relatif aux droits civils et politiques³, qu'une mesure de placement involontaire « ne doit être appliquée qu'en

² Requête n° 34806/4

³ CCPR/C/GC/35 (16 décembre 2014), Observation générale n° 35: Article 9 (Liberté et sécurité de la personne), paragraphe 19

dernier ressort ». Lorsque le placement involontaire d'une personne atteinte d'un trouble mental est nécessaire, la protection de cette personne doit être assurée et les autres restrictions de ses droits et libertés doivent être réduites au minimum.

30. Le principe de la restriction minimale a des incidences importantes sur le recours à l'isolement et à la contention dans les soins de santé mentale. Il convient notamment d'attirer l'attention sur les recommandations contenues dans les rapports publiés par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), qui figurent dans les *Normes du CPT*, au sujet du recours à la contention et à l'isolement. Le présent rapport a été rédigé à la lumière de ces *Normes*.

31. Le CPT souligne qu'il importe de limiter le plus possible le recours à la contention et à l'isolement. L'isolement et la contention ne devraient jamais être utilisés pour le confort du personnel ni comme moyen de coercition, de discipline ou de sanction. L'isolement et la contention des patients ne devraient être appliqués que dans le contexte de politiques institutionnelles clairement définies ; le statut involontaire d'un patient ne devrait jamais être utilisé pour modifier le seuil d'application de ces politiques.

Article 5 – Mesures alternatives

32. Cet article fait obligation aux Etats de promouvoir le développement et l'utilisation de mesures alternatives au placement et au traitement involontaires. Ainsi que le Comité des droits de l'homme de l'ONU le souligne au sujet du placement (voir paragraphe 29 ci-dessus), les mesures involontaires ne doivent être appliquées qu'en dernier ressort. On peut citer le traitement à domicile et les services d'intervention en cas de crise comme exemples de mesures pouvant permettre d'éviter le placement involontaire.

Article 6 – Personne de confiance

33. La définition de « personne de confiance » souligne l'importance du choix fait par la personne concernée, mais aussi l'importance que la personne choisie soit désireuse d'apporter l'aide et le soutien nécessaires (voir paragraphe 22 ci-dessus). Toute personne qui fait l'objet ou est susceptible de faire l'objet d'une mesure involontaire doit pouvoir désigner une personne de confiance. Il s'agit d'une question de confiance : il n'est pas approprié qu'une autre personne, y compris le représentant, choisisse la personne qui exercera ce rôle. Le rôle de la personne de confiance est différent de celui du représentant, qui joue un rôle juridique formel décrit dans la définition de l'article 2.

34. La personne de confiance doit être une personne à laquelle la personne concernée peut s'en remettre pour l'aider et la soutenir. Il peut s'agir de soutenir la personne dans ses rapports avec les professionnels, ou de témoigner de ce que souhaite cette personne concernant son placement ou son traitement lorsqu'elle ne peut le faire elle-même. Ce rôle comporte une responsabilité morale considérable ; la personne à laquelle il revient doit donc l'avoir clairement accepté. La personne de confiance peut être un proche de la personne concernée, comme un membre de sa famille ou un ami, ou une personne venant d'un service de représentation ou d'un organisme bénévole qui a été formée pour assumer ce rôle et avec laquelle la personne concernée est en confiance. La possibilité d'un avocat exerçant ce rôle non juridique n'est pas exclue. Le choix valide d'une personne de confiance devrait être dûment documenté. Bien qu'il soit possible de changer de personne de confiance, les souhaits précédemment exprimés à cet égard peuvent être utiles pour veiller à ce que l'intéressé puisse obtenir rapidement un soutien à l'avenir.

35. De même qu'il peut y avoir des conflits d'intérêts entre la personne concernée et sa famille ou d'autres personnes, il peut y avoir des conflits entre la personne de confiance et le représentant du patient (le cas échéant), les membres de la famille et d'autres personnes. Les personnes impliquées dans les décisions, les soins et les traitements doivent être attentives à ces conflits.

Article 7 – Assistance juridique

36. La Cour européenne des droits de l'homme a souligné que les personnes doivent avoir la possibilité de défendre leurs droits de manière efficace dans le cadre des procédures judiciaires. En particulier, la Cour a observé que des garanties procédurales peuvent être nécessaires pour protéger les intérêts des personnes qui, du fait d'un handicap mental, n'ont pas la capacité de défendre pleinement leurs propres intérêts⁴. Dans l'affaire *Nenov c. Bulgarie*⁵, l'absence d'aide juridictionnelle a empêché une personne atteinte d'un trouble mental d'intervenir de manière efficace dans une procédure dans laquelle ses intérêts étaient en jeu ; dès lors, la procédure n'était pas équitable.

37. Une demande de recours ou de réexamen contre une mesure involontaire est une procédure planifiée ; la consultation d'un avocat, si la personne le souhaite, doit donc toujours être possible. En revanche, la procédure initiale tendant à soumettre une personne à une mesure involontaire intervient souvent dans de brefs délais, voire dans l'urgence. La personne concernée doit avoir le droit de consulter son éventuel avocat durant cette procédure, mais l'article ne prévoit pas la possibilité de reporter, pour permettre la consultation d'un avocat, une procédure visant à appliquer une mesure involontaire. Un tel droit pourrait entraîner un risque inacceptable pour la personne ou pour d'autres personnes. La personne concernée pourra introduire un recours contre la mesure involontaire dans le plus court délai, et consulter un avocat dans ce contexte.

Article 8 – Obligations professionnelles et règles de conduite

38. L'article 4 de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine dispose que toute intervention dans le domaine médical doit respecter les obligations et normes professionnelles pertinentes. Ce principe s'applique donc aux interventions concernant des personnes atteintes de troubles mentaux qui font l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires. L'article 11 de la Recommandation Rec(2004)10 *relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux* énonce des exigences de bonnes pratiques en matière de normes professionnelles concernant les soins de santé mentale. Il est notamment exigé que les professionnels des services de santé mentale aient les qualifications et la formation appropriées pour pouvoir remplir leur fonction. Il est de bonne pratique pour les professionnels des services de santé d'être inscrits auprès d'un organisme professionnel susceptible d'attester de leurs qualifications. La nécessité pour les professionnels de bénéficier de formations et d'autres possibilités de rester à la pointe des développements de la pratique professionnelle (appelées parfois développement professionnel continu) devrait être reconnue afin de préserver leur niveau professionnel. Les professionnels devraient examiner régulièrement leur pratique. Un tel examen peut comprendre à la fois une actualisation régulière des connaissances, tenant compte des développements au niveau international, et l'examen et l'audit des pratiques cliniques des professionnels afin d'assurer des soins de haute qualité.

39. Un développement professionnel continu est également important afin de s'assurer que les professionnels aient connaissance des derniers développements, par exemple, des nouveaux types de traitement impliquant une moindre intrusion qui s'avèrent dans la pratique autant, si ce n'est plus, efficaces que ceux habituellement employés. Le CPT a également mis en lumière le risque d'isolement que court le personnel des établissements psychiatriques et estime hautement souhaitable d'offrir à ce personnel des possibilités de détachement et de formation en dehors de leur propre établissement.

40. Dans la formation initiale comme dans la formation continue, il convient d'aborder les dilemmes éthiques qui peuvent survenir dans le domaine de la santé mentale. La promotion de l'autonomie des personnes atteintes de troubles mentaux et la protection de la dignité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales, sont des obligations professionnelles fondamentales.

⁴ *Megyeri c. Allemagne*, arrêt du 12 mai 1992, requête n° 13770/88

⁵ Arrêt du 16 octobre 2009, requête n° 33738/02

Article 9 – Environnement approprié

41. L'éventail des individus susceptibles de faire l'objet d'une mesure de placement involontaire souligne l'importance de la diversité des prestations. Les patients âgés peuvent être physiquement fragiles, et les placer dans un établissement acceptant également des patients plus jeunes atteints de pathologies psychotiques aiguës peut présenter un risque pour eux plutôt que de leur offrir la protection à laquelle ils ont droit. En outre, les soins à apporter aux personnes atteintes de maladies aiguës peuvent être tels que les patients nécessitant une réadaptation et placés dans la même partie de l'établissement risquent de ne pas bénéficier de toute l'attention requise.

42. Il est nécessaire de disposer d'une gamme d'établissements offrant un niveau de sécurité élevé, moyen et faible pour permettre le placement des personnes dans des établissements adaptés à leurs besoins de santé et protéger la sécurité d'autrui en fonction des progrès constatés durant le traitement.

43. Comme le souligne le préambule, il convient de ne jamais perdre de vue la vulnérabilité des personnes qui font l'objet d'un placement involontaire. Les moyens de subsistance essentiels (être nourri, avoir chaud, être logé) doivent toujours être assurés.

44. Une attention particulière devrait être portée aux paragraphes 34 à 36 du 8^e Rapport général d'activités du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) (document CPT/Inf (98)12), qui mettent en exergue plusieurs facteurs susceptibles de créer un environnement thérapeutique positif pour les personnes placées comme patients involontaires dans un établissement psychiatrique. Parmi ces facteurs figurent :

- un espace de vie par patient suffisant, ainsi qu'un éclairage, un chauffage et une aération adéquats ;
- une décoration tant des chambres des patients que des aires de loisirs ;
- la mise à disposition de tables de chevet et de penderies et l'individualisation de l'habillement ;
- l'autorisation pour les patients de conserver certains effets personnels ;
- la préservation d'un certain degré de vie privée, en particulier en évitant les dortoirs de grande capacité privant les patients de toute vie privée ;
- l'autorisation pour les patients qui le souhaitent d'accéder à leur chambre au cours de la journée, plutôt que d'être contraints de rester avec d'autres patients dans les aires communes ;
- la mise à disposition d'une nourriture non seulement de quantité et qualité adéquates, mais aussi servie aux patients dans des conditions satisfaisantes ; les équipements de restauration devraient également tenir compte des croyances religieuses et des coutumes des patients, ainsi que des besoins des patients handicapés. Le risque de malnutrition doit être évité. Toutefois, dans certaines sociétés, l'obésité (avec les problèmes de santé qui en résultent) est un problème croissant et il est de bonne pratique d'offrir aux patients un choix de nourriture qui leur permette de se rassasier sans risque de problème pondéral.

45. En vertu de l'article 20-2, les établissements prévus pour le placement involontaire de personnes atteintes de troubles mentaux doivent être enregistrés auprès d'une autorité appropriée. Cette exigence a pour but de s'assurer que les établissements puissent faire l'objet de contrôles, ce qui est une garantie importante pour les personnes concernées.

Chapitre III – Critères pour le placement involontaire et pour le traitement involontaire

46. Reflétant la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées, et les observations du Comité des droits de l'homme de l'ONU, le préambule du Protocole souligne que l'existence d'un trouble mental ne justifie pas, en tant que tel, une privation de liberté. Ce principe revêt une importance fondamentale. Les dispositions contenues dans ce chapitre visent à garantir que les mesures involontaires ne sont utilisées que lorsqu'elles sont nécessaires et proportionnées au risque lié à l'état de santé mentale de la personne concernée. Les mesures involontaires doivent toujours être appliquées en dernier ressort.

47. Les critères et les procédures à respecter pour qu'une personne puisse faire l'objet d'une mesure involontaire sont les mêmes, que la personne soit déjà hospitalisée (sur une base volontaire) ou qu'elle se trouve dans son cadre de vie habituel au moment de la demande de décision.

48. Ainsi que cela a été souligné dans ce qui précède, les mesures involontaires doivent être appliquées en dernier ressort. Il faut donc s'efforcer de faire en sorte que la personne puisse accepter un placement ou un traitement volontaire, selon le cas, avant de mettre en œuvre des mesures involontaires. Le principe de la restriction minimale énoncé à l'article 4 impose de réduire au minimum dans la mesure du possible, les mesures involontaires. C'est pourquoi il est important de disposer d'alternatives appropriées au placement et au traitement involontaires, comme le souligne l'article 5.

49. De même, lorsqu'une mesure involontaire est tout de même appliquée, il convient de poursuivre les efforts pour pouvoir l'appliquer sur une base volontaire.

Article 10 – Critères pour le placement involontaire

50. Cet article dispose qu'une personne atteinte d'un trouble mental ne peut être soumise à un placement involontaire que lorsque certaines conditions sont réunies : lorsque l'état de santé mentale de la personne représente un risque important de dommage grave pour la personne elle-même ou pour autrui, lorsque le placement poursuit un but thérapeutique, et lorsqu'aucun moyen moins restrictif de répondre au risque n'est disponible. Le placement involontaire n'est en général considéré approprié que pour certains types de trouble mental, tels que les psychoses ou autres troubles mentaux graves. Lorsqu'une personne entre en contact pour la première fois avec un service de santé mentale, il n'est pas toujours possible ou approprié d'établir immédiatement un diagnostic exact. Par exemple, il peut être facile de constater qu'une personne souffre de troubles psychotiques, mais plus difficile de déterminer si les troubles proviennent de la consommation de drogues, de la réaction momentanée d'une personne atteinte d'un trouble de la personnalité limite, ou d'un premier épisode schizophrénique. Les critères exigent uniquement que la personne concernée soit atteinte d'un trouble mental, quel que soit le diagnostic définitif ; ainsi, la mesure involontaire ne sera pas invalidée par une éventuelle révision ultérieure du diagnostic initial.

51. Les dispositions du premier alinéa imposent d'effectuer une évaluation des risques. Les risques de dommages peuvent être d'ordre physique ou psychologique. L'évaluation des risques est une opération complexe et difficile, et ne permet pas d'émettre des prévisions d'une exactitude absolue. Il peut être utile de prendre en considération la nécessité des soins. Par exemple, si l'état de santé de la personne impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale étroite en hospitalisation ou sous forme de soins ambulatoires, le critère de risque pour la santé de la personne concernée est probablement rempli.

52. Les situations pouvant entraîner des dommages sont d'une grande diversité. Outre les menaces visant directement d'autres personnes ou la personne concernée elle-même, et les comportements qui peuvent amener d'autres personnes à penser qu'elles courent un risque important, certains actes peuvent entraîner un risque indirect de dommages graves à des personnes. On peut citer comme exemples le fait de mettre le feu à des voitures (on ne peut pas

exclure l'éventualité qu'un jeune enfant se trouve dans le véhicule), de provoquer des incendies de forêt (par lesquels des individus peuvent être piégés) ou de courir nu dans la rue en prononçant des propos ou en présentant un comportement qui évoquent un trouble mental (ce qui entraîne un risque potentiel pour la santé de la personne concernée). Dans certains Etats, ces exemples entrent dans le champ d'application des dispositions concernant la sécurité publique, l'ordre public ou l'environnement. Néanmoins, le principe sous-jacent est celui des risques pour les personnes, comme le précise le second alinéa. En revanche, dans les cas où le risque pour autrui est uniquement d'ordre financier (par exemple, lorsqu'un joueur pathologique dépense l'argent de sa famille), les mesures involontaires de traitement des troubles mentaux ne sont pas appropriées.

53. La notion de santé doit être comprise dans un sens large ; elle englobe la santé physique et la santé mentale. Parmi les risques pour la santé figurent, bien entendu, le risque de suicide, mais aussi le fait qu'une personne soit si gravement affectée par son trouble mental qu'elle n'est pas en mesure de s'occuper d'elle-même. Une telle auto-négligence doit être évaluée au cas par cas pour déterminer si les critères énoncés au premier alinéa sont remplis. Ainsi qu'il est indiqué plus haut, lorsque le comportement d'un individu fait craindre à une autre personne qu'elle court un risque de dommages physiques, la santé mentale de cette autre personne peut être compromise sans que des dommages physiques se soient produits.

54. Le premier alinéa établit une distinction entre les personnes qui présentent un risque pour autrui et celles qui ne présentent qu'un risque pour elles-mêmes, s'agissant de prendre en compte l'aptitude de ces personnes à prendre une décision sur un placement. Il suit en cela l'approche de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine. Le paragraphe 50 du rapport explicatif de cette convention explique que l'article 7 (Protection des personnes souffrant d'un trouble mental) constitue une exception à la règle générale du consentement pour les personnes, qui selon la loi, sont capables de consentir mais dont l'aptitude à prendre une décision quant à un traitement proposé est gravement altérée par les troubles mentaux dont elles souffrent. Le paragraphe 42 de ce même rapport évoque la diversité des systèmes juridiques existant en Europe en ce qui concerne la capacité de consentir, systèmes que la Convention (et donc le présent Protocole additionnel) n'a pas pour objet d'harmoniser. Une personne dont l'aptitude à décider d'une intervention est gravement altérée peut, dans certains systèmes juridiques, être considérée comme incapable *de facto* de donner son consentement, quelle que soit sa capacité *de jure*.

55. En vertu du principe d'autonomie et de respect de la vie privée, une personne peut prendre un risque sans intervention extérieure si son aptitude à prendre une décision n'est pas gravement altérée et si le risque ne concerne qu'elle. En revanche, si l'état de santé mentale de la personne entraîne un risque important de dommages graves pour autrui, les droits des autres personnes doivent être mis en regard de son droit à l'autonomie. L'article 26 de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine prévoit la possibilité de déroger au principe du consentement dans l'intérêt, entre autres, de la sûreté publique et de la protection des droits et libertés d'autrui.

56. Le second alinéa dispose que le placement doit avoir un but thérapeutique. Les dispositions portant sur le placement involontaire des personnes atteintes de troubles mentaux ne doivent pas être utilisées dans le seul but de la privation de liberté. L'existence de fins thérapeutiques n'implique pas que l'on envisage une guérison totale, celle-ci n'étant pas toujours possible. Ainsi que cela est précisé dans les définitions de l'article 2, les fins thérapeutiques incluent la gestion du trouble (par exemple, réduire l'intensité des symptômes du patient) et la réadaptation (par exemple, activités permettant d'améliorer l'aptitude de la personne à vivre de manière autonome). Cependant, l'alinéa n'exclut pas que le placement puisse remplir en outre d'autres fonctions, telles que la protection d'autrui.

57. Par ailleurs, le « but thérapeutique » ne devrait pas être assimilé à un traitement médical invasif. Lorsqu'une personne fait l'objet d'un placement involontaire, un plan de traitement devrait être établi dès que possible avec elle et, le cas échéant, sa personne de confiance ou son représentant. Le plan de traitement peut aussi viser à remédier à des problèmes comportementaux

liés au trouble mental. Dans une situation d'urgence, le plan peut viser dans un premier temps à pallier l'urgence ; il pourra être développé plus avant par la suite.

58. Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) estime que le plan de traitement élaboré dans le cadre d'un placement involontaire devrait comporter un large éventail d'activités thérapeutiques et de réadaptation.

59. Une personne soumise à un placement involontaire peut se voir proposer un éventail de mesures susceptibles d'améliorer son état, mais elle n'a pas l'obligation de les accepter. En revanche, l'absence de proposition thérapeutique signifierait que le placement n'a aucune fin thérapeutique. De même, l'absence de succès thérapeutique ne devrait pas être considérée comme le signe d'une absence de but thérapeutique. Par exemple, lorsque diverses méthodes de traitement ont été appliquées sans donner de résultat, le but thérapeutique demeure tant que des solutions thérapeutiques sont proposées à l'intéressé, même si les traitements disponibles ne permettent pas de le guérir totalement.

60. Le troisième alinéa couvre à la fois la situation dans laquelle, compte tenu du risque pour la personne concernée ou pour autrui, il n'est en aucune façon possible de fournir des soins à cette personne autrement qu'en ayant recours au placement involontaire, et la situation dans laquelle il peut théoriquement être possible de fournir des soins à cette personne d'une manière moins restrictive, mais les moyens de le faire ne sont pas disponibles. La notion de soins dans cet alinéa est large et comprend à la fois la délivrance de soins pour le trouble mental de la personne et les mesures visant à assurer sa sécurité, ou celle d'autrui le cas échéant, durant la délivrance des soins. Ainsi que cela est noté au paragraphe 48 ci-dessus, il convient de s'efforcer d'obtenir le consentement ou l'accord de l'intéressé à des mesures volontaires avant d'envisager un placement involontaire. Les raisons pour lesquelles des mesures moins restrictives que le placement involontaire ne peuvent être utilisées devraient être consignées d'une manière permettant de contrôler l'emploi de telles mesures. L'importance du contrôle est soulignée dans l'article 20 du présent Protocole additionnel.

Article 11 – Critères pour le traitement involontaire

61. Le premier alinéa de cet article correspond à celui de l'article 10, et les paragraphes 50 à 55 ci-dessus sont donc également pertinents pour cet article.

62. Le second alinéa insiste sur la nécessité d'étudier si des moyens de fournir des soins au patient impliquant une intrusion moindre, par exemple une psychothérapie ou d'autres traitements psychologiques, ne suffiraient pas à répondre aux risques identifiés, pour la personne ou pour autrui. Conformément au principe de la restriction minimale, ces mesures doivent être envisagées avant de recourir à un traitement involontaire et, comme indiqué précédemment, les mesures involontaires doivent toujours être appliquées en dernier ressort.

63. Comme l'exige l'article 4 de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine, ainsi que l'article 8 du Protocole, toute intervention dans le domaine de la santé doit être effectuée dans le respect des normes et obligations professionnelles en vigueur. La Recommandation Rec(2004)10 *relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux* énonce les principes qui régissent le recours à un traitement involontaire. Celui-ci devrait :

- a. répondre à des signes et des symptômes cliniques spécifiques, qui peuvent comprendre le comportement résultant d'un trouble mental ;
- b. être proportionné à l'état de santé de la personne ;
- c. faire partie d'un plan de traitement écrit ;
- d. être consigné par écrit ;
- e. le cas échéant, viser à permettre dès que possible l'utilisation d'un traitement acceptable pour la personne.

Chapitre IV – Procédures relatives au placement involontaire et au traitement involontaire

Article 12 – Procédures ordinaires pour la prise de décision sur le placement et sur le traitement involontaires

64. Le placement et le traitement involontaires sont traités conjointement dans cet article en raison de la similarité des procédures, mais ces deux mesures sont censées être examinées séparément. La possibilité de les examiner simultanément n'est toutefois pas exclue. Si le placement et le traitement involontaires font l'objet d'une seule et même décision, celle-ci devra, conformément à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, se fonder sur des bases juridiques distinctes et offrir la possibilité d'un recours pour chaque mesure individuellement.

65. Le paragraphe 1 exige que l'intéressé soit examiné par au moins un médecin, conformément aux obligations et normes professionnelles applicables. Dans le cadre d'une procédure ordinaire, au moins un médecin sera un psychiatre, spécialisé et qualifié en matière d'évaluation, de diagnostic et de traitement des troubles mentaux. Le(s) médecin(s) doit(vent) avoir les compétences et l'expérience nécessaires à l'exécution de cette tâche. L'approche suivie doit être objective. Ainsi, il n'est pas approprié pour des médecins qui ont un lien étroit de proximité avec le patient d'entreprendre cet examen. L'une des principales compétences exigées est la capacité à évaluer le risque, pour la personne concernée ou pour autrui, engendré par la non-application d'une mesure involontaire. La disposition n'exclut pas que ce(s) médecin(s) puisse(nt) bénéficier d'informations de la part d'autres professionnels de santé qui ont examiné en personne le patient. Cette disposition correspond à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, qui exige que toute décision de placement involontaire soit fondée sur une expertise médicale objective.

66. Comme le souligne l'article 1, paragraphe 2, les Etats membres restent libres de garantir une protection plus étendue que celle prévue par le présent Protocole. Un exemple de protection supplémentaire pourrait être d'exiger que le patient soit examiné par un médecin et un autre spécialiste, et qu'il y ait concordance de vues, parmi les personnes ayant examiné le patient, quant à la nécessité d'une mesure involontaire.

67. Les obligations et normes professionnelles du médecin lui imposent de prendre en considération l'avis de l'intéressé sur le recours au placement ou au traitement. Cette exigence est particulièrement importante dans les cas où le risque de dommage concerne le patient lui-même, celui-ci pouvant en effet préférer le risque de dommage au placement involontaire. Il peut s'avérer difficile de trouver un juste équilibre entre le respect de la volonté de la personne atteinte de troubles mentaux et la nécessité de la protéger ; il est donc important de prendre expressément en considération son point de vue sur les questions relatives à son éventuel placement. Par exemple, notamment en présence d'un risque pour le patient, celui-ci peut avoir un avis à la fois sur le niveau de risque et sur le meilleur moyen d'y faire face. De nombreux troubles mentaux graves étant récurrents, lorsque la personne concernée n'est pas en phase aiguë, il peut être possible de discuter de ses préférences en matière de placement et de traitement dans l'éventualité d'une rechute. Le paragraphe 2 alinéa iii. précise que ces souhaits doivent être pris en compte au même titre que les points de vue actuels de la personne concernée.

68. [De même, le droit d'exercer son autonomie revêt une importance particulière dans le contexte d'une médication de longue durée. Certains patients peuvent préférer vivre avec certains symptômes de leur maladie plutôt que de prendre des médicaments. D'autres peuvent souhaiter prendre une certaine dose de médicaments et vivre avec certains symptômes (comme entendre des voix) si la suppression totale des symptômes nécessite une posologie supérieure associée à un niveau de sédation qu'ils jugent inacceptable. Le juste équilibre est difficile à trouver et l'avis de la personne concernant les différentes options thérapeutiques doit être pleinement pris en considération pour y parvenir. Cela ne signifie pas qu'il faudrait toujours suivre son avis].

69. Le paragraphe 2 dispose que la décision de placement est prise par un tribunal ou une autre instance compétente. Le principe sous-jacent est qu'une partie qui n'a pas de lien avec la personne ou l'instance proposant la mesure prend une décision indépendante. L'instance qui prend la décision doit s'assurer que les critères énoncés aux articles 10 ou 11, selon la mesure concernée, sont remplis.

70. Lorsqu'il n'est pas prévu de soumettre la personne concernée à un placement involontaire, le tribunal ou l'instance compétente doit prendre la décision de la soumettre à un traitement involontaire en s'assurant que les critères énoncés à l'article 11 sont remplis. Toutefois, si la personne fait l'objet d'un placement involontaire, le paragraphe 3 de cet article prévoit un autre mode de prise de décision sur le recours à un traitement involontaire. Si un système juridique national impose que la décision soit prise par un tribunal ou une autre instance compétente, la disposition n'exige pas que le tribunal ou l'instance compétente approuve, par exemple, chaque dose de médicament à administrer.

71. Les alinéas du paragraphe 2 soulignent que le tribunal ou l'instance compétente doit agir conformément aux procédures prévues par la loi. Celles-ci doivent respecter les garanties de la Convention européenne des droits de l'homme et se fonder sur le principe suivant lequel la personne concernée doit être entendue en personne. Une telle consultation de la personne concernée permet au tribunal ou autre instance compétente de se forger une opinion indépendante sur la situation. Cette rencontre peut être déléguée à un fonctionnaire du tribunal ou autre instance compétente ; elle ne doit pas nécessairement avoir lieu dans l'enceinte du tribunal ou autre instance compétente et peut s'effectuer au domicile de la personne ou dans un autre endroit sûr. Le tribunal ou l'instance compétente n'est pas tenu de faire des recherches pour savoir si la personne concernée a émis par le passé des souhaits qui pourraient s'appliquer à la situation actuelle ; en revanche, si l'attention du tribunal ou de l'instance compétente est attirée sur des éléments attestant de l'existence de tels souhaits, ceux-ci devront être pris en compte.

72. L'intention du paragraphe 2 alinéa v est que, si la personne concernée ou ses proches informent le médecin ou l'instance compétente que la personne a un représentant désigné par la loi, pour prendre des décisions en son nom et représenter ses intérêts, alors ce dernier doit être consulté au sujet de l'état de la personne ainsi que sur la mesure proposée. Une recherche approfondie pour tenter de déterminer si une telle personne existe n'est pas exigée. Si l'existence d'un représentant est confirmée, des efforts raisonnables devraient systématiquement être entrepris pour prendre contact avec lui. Toutefois, il n'est pas dans l'intention du Protocole de rendre la procédure illégale si, dans la pratique, aucun contact ne peut être établi (par exemple, si le représentant est en vacances et qu'aucune information permettant de le joindre n'est disponible). Si la personne est déjà assistée d'une personne de confiance et si elle le souhaite, il est de bonne pratique d'autoriser la personne de confiance à lui apporter son soutien au cours des procédures pertinentes. La question de savoir si, le cas échéant, la personne de confiance doit être consultée dans le cadre de la procédure, relève du droit national.

73. Si le médecin responsable des soins dispensés à une personne faisant l'objet d'un placement involontaire est autorisé par la loi à prendre des décisions relatives au traitement involontaire, il doit auparavant avoir vu et consulté cette personne. Toutefois, la loi peut prévoir que seuls certains médecins, par exemple le médecin-chef de l'hôpital, peuvent prendre de telles décisions. Il peut arriver que ce médecin n'ait pas encore eu de contact avec l'intéressé ; c'est pourquoi le paragraphe 3 indique que l'intéressé doit être examiné, afin de garantir qu'il ait eu la possibilité de donner son point de vue. Le médecin doit également tenir compte des éventuels souhaits pertinents précédemment exprimés par la personne concernée mais (voir paragraphe 71 ci-dessus) il n'est pas tenu de vérifier l'existence de tels souhaits en dehors des éléments contenus dans le dossier.

74. Le paragraphe 4 établit que le délai de réexamen de la décision doit être indiqué, ce qui implique que toute décision doit être assortie d'une durée de validité limitée, fixée par la loi. Cette

disposition s'entend sans préjudice des droits de recours et de réexamen de l'intéressé, conformément aux dispositions de l'article 16.

Article 13 – Procédures pour la prise de décision dans les situations d'urgence

75. Dans les situations d'urgence, un risque important et immédiat de dommage grave pour la personne concernée ou pour autrui est à craindre et le délai d'application des procédures ordinaires serait donc inacceptable. Les procédures prévues pour de telles situations ne doivent pas être utilisées dans d'autres circonstances, ni pour éviter l'application des procédures décrites à l'article 12. Dans ces situations d'urgence, il n'est pas toujours possible d'obtenir l'avis d'un psychiatre. Dès lors, le paragraphe 1.i. permet de fonder la décision sur une évaluation médicale appropriée à la mesure envisagée en tenant compte des circonstances. La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme précise expressément qu'en situation d'urgence, le placement involontaire n'exige pas un examen médical approfondi au préalable⁶.

76. Ainsi, l'examen peut être bref, mais doit néanmoins fournir suffisamment d'informations pour répondre aux critères correspondant à la mesure concernée. Dans certains pays, l'évaluation peut être effectuée par un spécialiste de la santé mentale, par exemple un psychologue, accompagné d'un médecin. Cette combinaison de deux expertises satisferait dans ce cas à l'exigence du respect des règles d'évaluation médicale.

77. Tandis que la décision de soumettre une personne à une mesure involontaire peut être prise par une instance compétente, la mise en place d'un traitement médical reste une décision médicale. La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme établit qu'une autorité administrative peut autoriser un placement pour une période initiale sous réserve que celle-ci soit de courte durée et que la personne puisse introduire rapidement un recours devant un organe judiciaire⁷.

78. Dans certains cas, la nécessité d'une mesure involontaire peut être de très courte durée. Comme cela est précisé à l'article 15.1, si l'un des critères justifiant une mesure n'est plus rempli, il doit être mis fin à la mesure. Il est donc possible, au moins théoriquement, qu'il soit mis fin à une mesure avant que le tribunal ou une autre instance compétente ait pu prendre une décision conformément à l'article 12.

79. Le paragraphe 1.i. souligne qu'une mesure involontaire appliquée dans le cadre d'une procédure d'urgence doit être de courte durée (par exemple, de 48 à 72 heures au maximum). Le paragraphe 2 exige que la loi précise la période maximale exacte applicable dans le pays. S'il y a lieu de prolonger la mesure au-delà de cette période, les procédures prévues à l'article 12 doivent être suivies et il convient par conséquent de faire le nécessaire pour engager celles-ci sans tarder, une fois la mesure d'urgence entrée en application.

80. Ainsi que cela est indiqué au paragraphe 75 ci-dessus, il se peut que la personne n'ait pas été vue par un psychiatre avant le recours à la mesure d'urgence. Une fois cette mesure appliquée, la personne doit faire l'objet, dès que possible, d'une évaluation effectuée par un spécialiste.

81. Il peut arriver qu'une situation d'urgence impose un placement initial dans un établissement qui n'est peut-être pas le plus adapté aux besoins de santé de l'intéressé. Il convient de transférer la personne dès que possible dans un établissement psychiatrique adéquat.

82. Le fait que la décision ait été prise en situation d'urgence ne restreint pas le droit de la personne concernée d'exercer un recours sur la légalité de la mesure conformément à l'article 16 du présent Protocole additionnel.

⁶ X c. Royaume-Uni, arrêt du 5 novembre 1981, requête n° 00007215/75

⁷ Résumé dans MH c. Royaume-Uni, arrêt du 22 octobre 2013, requête n° 11577/06

Article 14 – Prolongation du placement et/ou du traitement involontaires

83. Lorsqu'il est décidé, conformément à l'article 12, de soumettre une personne à une mesure de placement involontaire et/ou de traitement involontaire, la décision porte sur une période définie. Dans de nombreux cas, la santé mentale de la personne s'améliore durant cette période, ce qui permet de mettre fin à la mesure. Dans d'autres cas, à l'approche de la fin de la période, il apparaît que, pour des raisons de sécurité, il n'est pas possible de mettre fin à la mesure involontaire.

84. Il convient de poursuivre les efforts visant à permettre à la personne d'accepter le traitement sur une base volontaire ; cet article précise toutefois que, faute d'y parvenir, les procédures à suivre pour prolonger la mesure doivent être les mêmes que celles énoncées à l'article 12, et que les droits de la personne concernée doivent donc bénéficier du même niveau de protection.

Article 15 – Arrêt du placement et/ou du traitement involontaires

85. Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants précise qu'il devrait être mis fin au placement involontaire dès que l'état de santé mentale du patient ne justifie plus un tel placement. L'article suit ce principe, fondé sur la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme⁸. Il importe donc d'effectuer des évaluations fréquentes de l'état de santé mentale du patient, notamment dans les périodes où cet état évolue rapidement.

86. Ainsi que cela est indiqué au paragraphe 25 ci-dessus, la référence à « l'autorité responsable » faite au paragraphe 3 renvoie à l'autorité responsable de l'établissement où est placé le patient, ou à l'autorité ayant la responsabilité administrative des médecins chargés de superviser le traitement, lorsque le patient ne fait pas l'objet d'un placement volontaire ou involontaire

Article 16 – Recours et réexamen concernant la légalité d'un placement et/ou d'un traitement involontaires

87. Un recours est une action contestant la décision d'appliquer une mesure. Un réexamen est une action contestant la légalité du maintien de la mesure, compte tenu par exemple de l'amélioration de l'état de santé mentale de la personne concernée. La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme établit qu'une personne a le droit de faire appel de décisions concernant le placement ou le traitement involontaires (ou, le cas échéant, les deux), ou de demander que de telles décisions soient réexaminées à intervalles raisonnables⁹. Elle précise également que le recours et le réexamen peuvent être assurés par une instance spécialisée ayant les caractéristiques d'un tribunal, telles que, par exemple, posséder l'indépendance nécessaire, offrir des garanties de procédure appropriées, pouvoir statuer sur la légalité de la mesure et ordonner son arrêt si nécessaire¹⁰.

88. En ce qui concerne la privation de liberté, cet article prend en compte les conditions posées par l'article 5 de la Convention européenne des droits de l'homme, les normes énoncées par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (notamment eu égard au droit de réexamen) et les observations du Comité des droits de l'homme de l'ONU mentionnées au paragraphe 29 ci-dessus. S'agissant du traitement involontaire, le droit d'exercer un recours contre des décisions concernant de tels traitements, ou de demander leur réexamen, découle de l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme.

⁸ *Winterwerp c. Pays-Bas*, arrêt du 24 octobre 1979, requête n° 00006301/73

⁹ *Stanev c. Bulgarie*, arrêt du 17 janvier 2012, requête n° 36760/06

¹⁰ *Winterwerp c. Pays-Bas*, arrêt du 24 octobre 1979, requête n° 00006301/73

89. Le critère d'intervalle « raisonnable » doit être examiné dans le contexte des circonstances particulières et tenir compte de la complexité de l'affaire ainsi que de la conduite du requérant. A titre d'exemple, si un réexamen effectué d'office ou à la demande d'une personne soumise à une mesure involontaire conclut au maintien de la mesure, et si la personne dépose une nouvelle demande de réexamen dès le lendemain, la probabilité qu'un nouveau réexamen produise un résultat différent du précédent devra être envisagée en tenant compte du temps écoulé et de l'état de santé du patient.

90. Tout éventuel réexamen ou recours devrait faire l'objet d'une procédure contradictoire (offrant la possibilité pour une partie d'avoir connaissance et de pouvoir commenter les observations faites ou la preuve invoquée par la partie adverse).

91. Il est de bonne pratique d'informer le médecin responsable des soins du patient des procédures engagées et du droit du médecin à y participer. D'ordinaire, cela est assuré par le personnel administratif chargé d'organiser la procédure.

92. Le tribunal doit, en pleine connaissance des faits et des aspects juridiques pertinents, vérifier que l'ensemble des exigences de procédure, ainsi que tous les critères définis pour une mesure ou sa prolongation, sont respectés.

93. La personne doit toujours pouvoir bénéficier du soutien de sa personne de confiance (si elle en a désigné une), que cette personne remplisse ou non une fonction officielle (conformément à la loi nationale) dans le cadre de la procédure. La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme souligne l'importance du droit du patient d'être entendu en personne, mais elle reconnaît également qu'en cas de nécessité, le patient peut être entendu par le biais d'un représentant. Cela peut être le cas, par exemple, lorsque l'état mental de la personne ne lui permet pas de participer à la procédure, ou lorsque sa participation pourrait entraîner un risque important de dommages pour d'autres participants.

94. En ce qui concerne le paragraphe 2, le réexamen à intervalles raisonnables est important afin de garantir le respect de la Convention européenne des droits de l'homme. La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme précise que des garanties procédurales spéciales peuvent être nécessaires pour protéger les personnes qui ne sont pas en mesure d'agir pour leur propre compte¹¹. La Cour a souhaité protéger les droits des patients qui sont dans l'incapacité d'agir pour leur propre compte, et faire en sorte qu'ils ne soient pas désavantagés si, par exemple, ils ne sont pas entourés par des proches qui pourraient demander un réexamen.

95. La loi peut autoriser l'autorité responsable (voir paragraphe 25 ci-dessus) à déléguer la responsabilité d'informer le tribunal au médecin responsable des soins à la personne.

96. Cet article couvre les procédures civiles et administratives. Dans de tels contextes, le paragraphe 4 renvoie à la possibilité, dans des circonstances exceptionnelles, de ne pas communiquer certaines informations au patient, pour des raisons de confidentialité et de sûreté d'autrui, en accord avec la loi nationale. Cette disposition vise en particulier à permettre aux proches du patient de communiquer à l'équipe médicale des informations sur l'état de santé du patient (par exemple, après que le patient a effectué un séjour à domicile) de façon confidentielle s'ils le souhaitent. Dans certains cas, une personne atteinte d'un trouble mental peut avoir une réaction violente lorsqu'un membre de la famille divulgue des informations suggérant qu'elle ne se porte pas aussi bien (et que, donc, il n'y a pas lieu de lever la mesure) qu'elle souhaiterait le faire croire.

97. Comme cela est indiqué au paragraphe 64 ci-dessus, il convient d'examiner séparément le bien-fondé d'un placement involontaire et celui d'un traitement involontaire ; toutefois, lorsqu'une

¹¹ *Winterwerp c. Pays-Bas*, arrêt du 24 octobre 1979, requête n° 00006301/73

personne fait l'objet des deux types de mesure, il peut être opportun, lors d'un réexamen ou d'un recours, d'examiner simultanément les deux mesures.

Chapitre V – Information et communication

Article 17 – Droit à l'information

98. Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure involontaire de placement ou de traitement pour un trouble mental, elle peut être désignée comme « patient » et doit être informée de ses droits.

99. Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure involontaire, il est de bonne pratique de l'informer de ses droits à la fois oralement et par écrit. Il est important de supprimer toute barrière linguistique, par exemple en proposant une interprétation dans la langue maternelle de la personne. Cependant, l'information écrite ne doit pas être considérée comme pouvant remplacer l'information donnée en personne, mais plutôt comme pouvant la compléter. L'information écrite devrait être disponible sous un format accessible, y compris un texte facile à lire, si nécessaire. L'information communiquée au patient doit comporter des précisions sur son droit au réexamen de la mesure, et sur les voies de recours dont il dispose, conformément à l'article 16 du présent Protocole additionnel. Certains patients peuvent être analphabètes et il convient de veiller à ce qu'ils ne soient pas désavantagés pour ce motif dans l'exercice de leurs droits. Conformément à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, la personne qui fait l'objet d'un placement involontaire doit par ailleurs être informée rapidement des raisons qui motivent cette mesure¹².

100. Au moment où la personne est soumise à une mesure involontaire, il peut lui être difficile, à cause de son état de santé, de comprendre les informations portant sur ses droits. La personne devrait recevoir autant d'informations que son état de santé le permet, et l'information devrait éventuellement être répétée (peut-être plus d'une fois) au fur et à mesure que l'état de santé s'améliore. Il est important que la personne comprenne, dès que possible, quels sont ses droits à l'égard des mesures involontaires.

101. Lorsque la personne a un représentant ou un avocat, les informations doivent leur être également communiquées. Même s'il peut être nécessaire de répéter plusieurs fois l'information au patient, comme indiqué ci-dessus, l'article n'exige pas de répéter les informations standard fournies à l'avocat et au représentant. Ces derniers ont besoin de connaître les raisons de la décision, afin de pouvoir, le cas échéant, la contester efficacement. Les informations peuvent aussi être fournies à la personne de confiance, s'il en existe une, si la législation nationale le prévoit. Les informations doivent aussi être fournies à la personne de confiance, s'il en existe une, en accord avec la loi. Là encore, il est de bonne pratique de fournir ces informations à la fois oralement et par écrit, dans un format offrant une accessibilité appropriée.

Article 18 – Droit à la communication pour les personnes faisant l'objet d'un placement involontaire

102. Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) a souligné l'importance, tant d'un point de vue thérapeutique que comme garantie contre les abus, que les personnes qui font l'objet d'un placement involontaire puissent communiquer avec le monde extérieur. Il n'est pas envisagé qu'il puisse s'avérer nécessaire de limiter la communication avec les personnes ou instances énoncées dans la première phrase. Les autorités compétentes comprennent les autorités chargées de contrôler le respect des dispositions du présent Protocole additionnel, conformément à l'article 20, et les instances internationales telles que la Cour européenne des droits de l'homme et le CPT. Le droit

¹² *van der Leer c. Pays-Bas*, arrêt du 21 février 1990, requête n° 00011509/85

du patient de recevoir des informations venant de l'extérieur de l'établissement de placement ne doit pas être restreint.

103. Les restrictions au droit de communiquer avec d'autres personnes doivent être exceptionnelles. La communication est importante pour maintenir les liens du patient avec les personnes de son entourage auxquelles il est attaché, lorsque c'est possible. De telles restrictions doivent exclusivement avoir pour objet :

- de protéger les droits d'autrui (par exemple, si le patient harcèle certains membres de sa famille ou d'autres connaissances par des appels téléphoniques ou des courriers désobligeants et répétitifs) ;
- d'éviter de nuire aux perspectives d'avenir de la personne concernée (par exemple, si une personne atteinte d'une maladie mentale fait part de son intention de démissionner de son emploi, mais qu'elle est jugée inapte à prendre cette décision) ;
- de prévenir les délits (par exemple, si le patient est suspecté de trafic de stupéfiants, un certain niveau de censure peut être imposé). Le patient devrait être informé de toute restriction afin de lui permettre de la contester devant un tribunal ou une instance compétente.

Chapitre VI – Archivage et contrôle

Article 19 – Archivage

104. L'article 10 de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine dispose que « Toute personne a droit au respect de sa vie privée s'agissant des informations relatives à sa santé » ; ce principe s'applique également aux personnes atteintes de troubles mentaux. Ainsi, les principes énoncés par les instruments du Conseil de l'Europe relatifs à la protection des données, notamment la Convention pour la protection des personnes à l'égard du traitement automatisé des données à caractère personnel (1981, STE 108) et la Recommandation Rec(97)5 du Comité des Ministres aux Etats membres sur la protection des données médicales, s'appliquent aux personnes qui font l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires. Les données concernant le trouble mental d'une personne ou le traitement de la personne pour ce trouble sont des données sensibles et doivent bénéficier d'un haut niveau de protection. Les données doivent bénéficier du même niveau de protection quel que soit l'endroit où elles sont consignées.

105. Il est toujours important de disposer de dossiers médicaux complets ; lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure involontaire, il faut également disposer de dossiers administratifs. Les dossiers exigés par le présent article pour les patients soumis à des mesures involontaires peuvent servir à contrôler la légalité de chaque mesure et à vérifier que son maintien se justifie. Ces dossiers devraient être élaborés avec soin, conformément aux réglementations de chaque Etat membre et aux normes et obligations professionnelles. Ils devraient contenir les informations pertinentes sur le diagnostic et des informations consignées en continu sur l'état de santé physique et mentale du patient, y compris un compte rendu de toutes les décisions prises, qu'elles soient thérapeutiques ou liées au placement, ainsi que leurs motifs fondés sur des faits objectifs observés ou rapportés.

106. La législation doit préciser clairement les conditions auxquelles est soumis l'accès à ces informations pour le patient, son représentant et, le cas échéant, sa famille, dans le respect des principes applicables à l'accès aux données médicales énoncés par les instruments mentionnés au paragraphe 104 ci-dessus. De même, des directives claires devraient indiquer la durée de conservation des dossiers.

Article 20 – Contrôle

107. L'assurance qualité et le contrôle contribuent de manière importante à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, à la qualité des soins prodigués à ces personnes, et au respect des normes juridiques pertinentes, y compris

celles contenues dans le présent Protocole additionnel. Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants précise qu'il accorde « une importance considérable aux visites régulières d'établissements psychiatriques par un organe indépendant ». Il souligne en particulier que cet organe devrait être autorisé à s'entretenir en privé avec les patients et à recueillir leurs éventuelles plaintes.

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

109. L'exigence d'enregistrement des établissements, au deuxième paragraphe de cet article, vise à faciliter l'inspection et le contrôle adéquats de ces structures. Le terme « établissement » s'entend au sens large et comprend les structures et les services de santé dans lesquels une personne atteinte d'un trouble mental peut être placée. Le contrôle adéquat des établissements contribue à ce que tous les patients reçoivent un traitement digne, humain et professionnel en étant protégés des abus et à ce que leurs droits de l'homme soient pleinement respectés.

PROJET